

Travail du Service du Docteur J. Quénu

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

457

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Geneviève BOCQUENTIN-DUCOSTÉ

Née à Paris, le 26 octobre 1903

Ancienne Interne Pr. des Hôpitaux de Paris

Ancienne Interne de l'Hôpital Bon-Secours

LE PRONOSTIC DU CANCER

DU

SEIN OPÉRÉ

Président : M. J.-L. FAURE, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1932

Travail du service du Docteur J. Quénu

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Geneviève BOCQUENTIN-DUCOSTÉ

Née à Paris, le 26 octobre 1903

Ancienne Interne Pr. des Hôpitaux de Paris

Ancienne Interne de l'Hôpital Bon-Secours

LE PRONOSTIC DU CANCER

DU

SEIN OPÉRÉ

Président : M. J.-L. FAURE, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1932

DOYEN... M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	LENORMANT.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.....	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	N...
	N...
Clinique chirurgicale.....	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Professeurs sans chaire.....	MAUCLAIRE.
	MULON.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiatrie.
 N. Physiologie.
 AUBERTIN Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
 BROCCQ Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 CADENAT Pathologie chirurgicale.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GARNIER Pathologie expérimentale.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HARVIER Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HOVELACQUE .. Anatomie.
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
 HUTINEL Pathologie médicale.
 JOANNON Hygiène.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.

MM.

LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAITRE Oto-rhino-laryngologie.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 N. Histologie.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 OLIVIER Anatomie.
 PIÉDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHTER Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VERNE Histologie.
 VIGNES Obstétrique.
 TROISIER..... Pathologie expérimentale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET Pharmacologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 RETTERER Histologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	MATHIEU	Clinique chirurgicale.
DEBRÉ	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
FIESSINGER ..	Clinique médicale.	SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LEVASTINE.	Clinique médicale.	LE LORIER	Clinique obstétricale
BASSET	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL ..	Clinique obstétricale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez
chaire		l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.....		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A qui va ma première pensée.

A MON PÈRE

LE DOCTEUR M. DUCOSTÉ

Médecin-chef des Asiles de la Seine
Chevalier de la Légion d'honneur

Témoignage de profonde affection.

A MON MARI

Témoignage de ma tendre affection.

A MA SŒUR

A MON ONCLE

LE DOCTEUR J. ROGUES DE FURSAC

Médecin-chef des Asiles de la Seine
Expert près des Tribunaux
Chevalier de la Légion d'honneur

A MADAME LA GÉNÉRALE PILLOT

A TOUS LES MIENS

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J.-L. FAURE

Professeur de Clinique gynécologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Broca
Commandeur de la Légion d'honneur

*Qui m'a fait le grand honneur d'ac-
cepter la présidence de cette thèse.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEAN QUÉNU

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Je n'exprimerai jamais assez toute ma reconnaissance pour les conseils qu'il a bien voulu me donner au sujet de cette thèse et pendant les dix-huit mois passés dans son service.

Témoignage d'admiration et de respectueuse affection.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ OKINCZYC

Chirurgien de l'Hôpital Beaujon

*Mon premier maître en Chirurgie.
Témoignage de reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. BRAINE

Chirurgien des Hôpitaux

Témoignage de sincère affection.

Stage :

1923. M. le Professeur WIDAL (*in memoriam*)

1923. M. le Professeur GOSSET

1924. M. le Docteur J. HALLÉ

Externat :

1925. M. le Docteur RIST

1925. M. le Docteur ROBINEAU

1926. M. le Docteur CROUZON

1927. M. le Professeur GUILLAIN

1928. M. le Docteur BRAINE

Internat provisoire :

1929. M. le Professeur agrégé OKINCZYC

1930. M. le Docteur ECALLE

1930. M. le Professeur J.-L. FAURE

Internat à l'Hôpital Notre-Dame de Bon-Secours :

1931-1932. M. le Professeur agrégé JEAN QUÉNU

A M. le Docteur E. BRISSAUD

A M. le Docteur E. DOUAY

A M. le Docteur FRANTZ

A MES CHEFS DE CONFÉRENCE

M. le Docteur J. DECOURT

Médecin des Hôpitaux

M. le Docteur A. LEMAIRE

M. les Docteurs A. AMELINE ET R. LEIBOVICI

Chirurgiens des Hôpitaux

A M. le Docteur CL. BECLÈRE

Assistant du Service du Bon-Secours

A M. le Docteur CHARLES TROCMÉ

A TOUS MES AMIS

LE PRONOSTIC DU CANCER DU SEIN OPÉRÉ

Introduction.

M. Jean QUÉNU m'a conseillé de faire une enquête sur toutes les malades opérées de tumeurs du sein dans son service de l'Hôpital Bon-Secours depuis qu'il dirige ce service, c'est-à-dire depuis 7 ans.

J'ai relevé 143 tumeurs du sein opérées, parmi lesquelles 95 cancers. J'ai dépouillé les observations et recherché les malades.

Des signes cliniques, des constatations opératoires, de l'aspect de la pièce, de l'examen histologique, de l'évolution opératoire j'ai cherché à tirer des éléments de pronostic sur le cancer du sein.

Tel est l'objet de ce travail, dont le seul mérite est de reposer sur une série de faits comparables, observés pendant 7 ans, dans un même service.

Sans doute ces faits ne sont pas en très grand nombre : un lot de 95 cas constitue une petite statistique en matière de cancer du sein.

Sans doute ces faits ne sont pas très anciens, puisque les premières opérées ne datent que de 7 ans 1/2.

Si malgré ces défauts évidents, je me suis décidée à publier cette statistique, c'est qu'elle les rachète peut-être par une qualité peu commune : aucune des opérées n'a été perdue de vue. 95 opérées, 95 résultats connus.

Cette particularité confère aux chiffres que je présente une certaine valeur.

C'est un devoir pour moi d'ajouter que si mon enquête a pu atteindre cette perfection, sans le secours d'aucun « service social », je le dois non seulement à mes propres investigations, mais encore aux méthodes d'ordre et de travail de ce petit service, et aussi à la confiance et à la fidélité des malades qui y ont été soignées.

PLAN DU TRAVAIL

Dans une première partie nous exposons notre statistique personnelle, étudiant successivement :

- les morts post opératoires,
- les morts tardives,
- Les récidives.

Dans une deuxième partie nous dégageons les éléments de pronostic, analysant successivement :

- la clinique,
- les constatations opératoires,
- l'examen macroscopique,
- l'histologie,
- les suites opératoires.

Enfin dans une troisième partie nous recherchons si ce pronostic peut être amélioré.

PREMIÈRE PARTIE

Exposé de notre statistique.

Considérations préliminaires sur l'étude statistique des résultats éloignés en chirurgie, et en particulier des opérations pour cancer du sein.

Une bonne statistique, dans les faits qu'elle apporte, doit comporter le moins d'incertitude et le moins d'éléments de discussion possible.

Pour cela plusieurs règles doivent être observées :

1° Tous les cas doivent être opérés par le même chirurgien ou dans le même service ;

2° En cas de tumeurs tous les cas doivent être examinés histologiquement ;

3° Pour les résultats éloignés toutes les morts doivent être attribuées au cancer à moins de preuves incontestables de maladies intercurrentes ;

4° Enfin toutes les malades doivent être suivies.

Nous avons essayé de réaliser le plus possible ces conditions.

I. — Ces 95 tumeurs ont été opérées 77 fois par M. QUÉNU lui-même ; 1 fois par M. OBERLIN, chirurgien des Hôpitaux, que nous remercions de nous avoir

laissé publier son observation (1), 17 fois par les assistants ou les internes du service.

Dans tous les cas *la même technique* a été employée. La voici brièvement résumée :

1° *Incision cutanée* en forme de raquette à queue supéro-externe sur la racine du bras. Tracé variable suivant la situation de la tumeur. Mais toujours queue courbe à convexité supérieure ;

2° *Dissection de la peau*, poussée d'emblée assez loin (surtout au milieu) pour que le rapprochement soit possible à la fin de l'intervention ;

3° *Section du grand pectoral* (en général faisceaux sterno-costaux seulement) et du petit pectoral ;

4° *Dissection du creux de l'aisselle* en partant sur la face antérieure de la veine axillaire, poussée en haut jusqu'au sus-clavier ;

5° *Ablation en bloc de la pièce* comprenant le sein, les pectoraux, le tissu cellulaire et lympho-ganglionnaire de l'aisselle ;

6° *Révision de l'hémostase*, qui a été faite par forci-pression, au fur et à mesure. Sérum physiologique chaud dans la plaie ;

7° *Drain cigarette* par contre-incision postérieure ;

8° *Suture de la peau* au fil de lin fin, avec petite aiguille, à petits points séparés, rapprochés les uns des autres et passés très près des bords cutanés.

Durée de l'opération : environ 45 minutes.

1. Il s'agit d'une malade pour qui une biopsie avait été pratiquée dans le service du Bon-Secours et qui a été confiée à M. Oberlin pour amputation large, M. Quénu devant s'absenter 1 mois.

Injection sous-cutanée : 1/4 mgr. d'adrénaline à la fin de l'opération.

Dans le lit : huile camphrée : 10 cmc. Sérum physiologique : 500 cmc.

Ablation du drain le 2^e jour. Dès lors, bras complètement dégagé et mouvements. Lever le 4^e jour. Ablation des fils du 10^e au 12^e jour.

N.-B. — Si on pousse le décollement cutané assez loin, on arrive pour ainsi dire toujours à suturer directement.

1 seule fois on a dû tailler un lambeau autoplastique.

1 seule fois on a eu une désunion.

Chez les malades *grasses*, on a toujours de la peau en surabondance. C'est chez les malades maigrés qu'on est gêné.

On a enlevé un certain nombre de fois les ganglions sus-claviculaires. On ne les enlève d'emblée que quand ils sont cliniquement perceptibles.

II. — Sur les 95 cas, 66 ont été examinés histologiquement ; aussi avons-nous établi une deuxième statistique où nous n'envisagerons que ces 66 cas. Nous verrons à ce moment les raisons pour lesquelles tous les cancers n'ont pas été examinés au point de vue anatomo-pathologique.

III. — Toutes les morts ont été attribuées au cancer. Le polymorphisme des métastases de ce cancer est si grand que dans aucun cas nous n'avons accepté le diagnostic de mort par embolie cérébrale, de congestion

ou de tuberculose pulmonaire qui nous était donné par la famille : il pouvait s'agir en effet de métastases cérébrale ou pulmonaire.

IV. — ENFIN LES 95 MALADES ONT ÉTÉ RETROUVÉES :
Ce fait est exceptionnel. Tous ceux qui ont fait des recherches sur les résultats éloignés du cancer du sein, se sont plaint des difficultés qu'ils ont eues à suivre ou à retrouver leurs opérées.

Le professeur FORGUÉ avoue « avoir éprouvé à ce sujet, des difficultés insurmontables, et que son enquête, qui lui a pris beaucoup de peine, garde de grandes lacunes ».

M. WALTER pense de même que beaucoup de statistiques ne portent que sur la moitié, les deux tiers, les plus heureuses, les trois quarts des opérées.

M. W. MEYER, en 1920 dit qu'il dut abandonner ses efforts pour connaître le sort de ses anciennes opérées.

Citant quelques chiffres nous voyons que :

En 1921, WALTER retrouve 38 malades sur 54 pour les opérées de clinique ; 57 sur 127 pour les opérées d'hôpital.

En 1921, HARTMANN et BERGERET 251 sur 331.

En 1921, AUVRAY 42 sur 82.

En 1926, A.-V. MOSHCOWITZ 139 sur 374.

En 1927, GOSSET 84 sur 102.

Telles sont les proportions courantes. Parmi les enquêtes plus heureuses nous relevons :

Les frères MAYO qui retrouvent grâce au « follow up system », 514 sur 609.

PERTHES, 355 sur 362.

ANSCHUTZ et J. HELLMANN, 341 sur 348.

Ce fait d'avoir pu suivre toutes les opérées est intéressant, car les malades ont été non seulement retrouvées, par l'enquête, mais pour la plupart examinées plusieurs fois depuis leur opération. L'étude des récidives a pu être ainsi faite.

Mais il faut faire remarquer que retrouver toutes ces malades, c'est gréver sa statistique.

Certes il est quelques chirurgiens qui comptent ces malades perdues de vue comme mortes; tels sont JUDD et SISTRUNK dans leur travail de la clinique MAYO et ARMSTRONG de Montréal. Ce scrupule très honorable, nous semble aussi très légitime. En effet la trace des opérées mortes, est beaucoup plus difficile à suivre que celle des opérées vivantes. Dans une enquête poussée insuffisamment, ce sont dans une grande proportion les malades décédées qui restent inconnues; de ce fait, les défalquer du nombre total des opérées c'est améliorer son pourcentage final et cela d'autant plus que le nombre de malades perdues de vue est plus grand.

Compter ces inconnues comme stique guéries c'est embellir sa statid'une manière encore plus flagrante.

La reconnaissance des malades qui restent attachées à leur chirurgien et reviennent à lui à la moindre maladie nouvelle, est loin d'être constante.

Au contraire, on comprend et on excuse aisément

que les malades jugeant d'une opération par ses seuls résultats préfèrent aller voir un autre chirurgien quand apparaissent les récidives.

D'ailleurs le cancer du sein donne souvent des métastases rachidiennes ; les malades sont confinées au lit. Elles appellent un médecin qui bien rarement prévient le chirurgien, et rarement aussi se souvient plusieurs années après de cette maladie trop banale.

C'est ainsi que 15 de nos malades ont été particulièrement difficiles à retrouver. Après de nombreuses recherches, qui ont duré pour certaines plusieurs semaines, j'ai appris la mort de 12 d'entre elles. Si j'avais abandonné puis, défalqué ces 15 malades du total, ma statistique aurait bénéficié de 12 décès en moins.

Il est enfin un dernier point sur lequel je voudrais insister ; c'est la façon d'établir un pourcentage. Très souvent, les auteurs calculent toujours avec la même base de proportion, qui est le nombre total d'opérées. J'ai toujours fait varier ce chiffre d'année en année ainsi que le conseille M. WALTER : de plus, toujours sur son conseil, j'ai calculé dans une deuxième statistique les résultats séparément pour chaque année. « Seul, dit-il, ce pourcentage isolé donne une indication vraie qui n'est pas déformée par un calcul de proportions ».

CHAPITRE PREMIER

LES MORTS POST-OPÉRATOIRES

Nous étudions dans ce chapitre toutes les malades qui ne sont pas sorties vivantes de l'hôpital.

Tout cancer du sein même ulcéré, même adhérent largement à la peau et aux plans profonds et même avec ganglions sus-claviculaires a été opéré, et cela quel que soit l'état général et l'âge de la malade. Seules des métastases avérées ou une cancérisation très étendue de la paroi thoracique, ont été considérées comme des contre-indications. En matière de cancer cette façon d'agir est défendable et comme le déclarait déjà HANDLEY « le chirurgien doit avoir pour but la lutte contre le mal et non le désir d'une brillante statistique ».

Nombre de cas : 95.

Mortalité opératoire : 5,30 %.

C'est une mortalité élevée : elle s'explique par la façon très large dont ont été comprises les indications opératoires.

Voici d'ailleurs l'observation succincte de ces 5 cas qui permettra de voir que sur les 5 malades décédées 3 étaient des sujets tarés ou cachectiques.

OBS. 6. (303 du registre). — 66 ans (droit).

Examen clinique : *Malade aveugle, scoliotique, d'aspect cachectique.*

Intervention : avril 1925 *rapidement menée*. Amputation large et curage de l'aisselle.

Examen histologique : o.

Suites opératoires : meurt le lendemain après *ictus avec hémiplégie gauche*.

OBS. 20 (952). — 50 ans (côté pas mentionné).

Examen clinique : *femme atteinte de maladie de Recklinghausen, tumeur presque ulcérée.*

Intervention : avril 1926, 1^o technique habituelle. 2^o Exérèse d'une des tumeurs fibro-lipomateuses (près de l'oreille droite).

Examen histologique : 1^o De la tumeur du sein : épithélioma cylindrique ;

2^o Au niveau de l'oreille : fibrome (M. MILKOWITCH).

Suites opératoires : meurt le 3^e jour de *pneumonie*.

OBS. 36 (1821). — 64 ans (droit).

Examen clinique : petite tumeur ; *grosse masse ganglionnaire*.

Intervention : mai 1927 : technique habituelle.

Examen histologique : o.

Suites opératoires : meurt dans l'après midi sans s'être réveillée. Aucun accident anesthésique n'a été noté au cours de l'intervention.

OBS. 50 (2554). — 52 ans (droit).

Examen clinique : début il y a plusieurs mois ; depuis 15 jours augmentation brusque ; rétraction du mamelon ; volumineux ganglions axillaires formant une masse rejoignant presque la tumeur à son pôle inférieur ; adhérence à la peau et aux plans profonds ; marbrures violacées sur toute l'étendue de la tumeur : *femme cachectique*.

Intervention : avril 1928 : technique habituelle ; *réunion difficile : on est obligé de faire un décollement très étendu.*

Examen histologique : o.

Suites opératoires : *meurt de collapsus cardiaque dans l'après-midi.*

OBS. 55 (2945). — 54 ans (gauche).

Examen clinique : quadrant supéro-externe ; début il y a un an ; *tumeur volumineuse adhérent à la peau et au muscle*, rétraction du mamelon, pas de ganglion axillaire.

Intervention, novembre 1928 : amputation large avec curage axillaire.

Examen histologique : carcinome diffus squirreux ; ganglion non envahi (M. LETULLE).

Suites immédiates normales. Pas de suppuration de la plaie.

Suites opératoires : au 11^e jour, frisson avec 39°4 ; au 16^e jour frisson avec 41°. Hémoculture positive au streptocoque ; décédée en décembre 1928 dans le service de médecine.

Il est bon de noter que ces cinq cas de morts appartiennent à la première partie de la statistique. Depuis novembre 1928, sur 40 opérations, aucune mort post-opératoire n'est survenue.

CHAPITRE II

LES MORTS TARDIVES

La statistique porte sur les 90 malades sorties vivantes de l'hôpital, après amputation du sein.

Nous avons recherché les résultats :

- A) Sur le nombre total d'opérées ;
- B) Sur les cas examinés histologiquement ;
- C) Sur les cas non examinés histologiquement.

A. — STATISTIQUE COMPRENANT LA TOTALITÉ
DES MALADES OPÉRÉES POUR CANCER DU SEIN AVEC
OU SANS EXAMEN HISTOLOGIQUE.

Les 90 malades sont ainsi réparties :

Années	Malades
1925.....	12
1926.....	14
1927.....	16
1928.....	10
1929.....	12
1930.....	15
1931.....	11
Soit.....	<u>90</u>

Toutes les opérées de janvier 1925 à janvier 1932

ont été envisagées pour les résultats de la première année.

Pour ceux de la deuxième année, seules ont été considérées les opérées de 1925 à 1930 incluse.

Pour ceux de la troisième année, les opérées de 1925 à 1929 incluse et ainsi de suite.

Le nombre diminue d'année en année, et le nombre d'opérées de la 7^e année se réduit aux 12 malades de 1925, soit :

Nombre de malades suivies pour les résultats de la :

1 ^{re} année.....	90
2 ^e année.....	79
3 ^e année.....	54
4 ^e année.....	62
5 ^e année.....	42
6 ^e année.....	26
7 ^e année.....	12

1^o Statistique par années écoulées depuis l'opération.

1^{re} année :

Nombre de malades, 90.

Morts.....	10
Mortalité.....	0,11 %
Survie.....	89 %

2^e année :

Nombre de malades, 79.

Parmi lesquels :

13 morts au cours de la 2^e année (mortalité, 18 %).

22 morts pour les 2 premières années (mortalité, 27 %; survie, 73 %).

3^e année :

Nombre de malades, 64.

Parmi lesquels :

7 morts au cours de la 3^e année (mortalité, 11 %).

27 morts pour les 3 premières années (mortalité, 42 %; survie, 58 %).

4^e année :

Nombre de malades, 52.

Parmi lesquels :

5 morts au cours de la 4^e année (mortalité, 10 %).

30 morts pour les 4 premières années (mortalité, 60 %; survie, 40 %).

5^e année :

Nombre de malades, 2.

Parmi lesquels :

1 mort au cours de la 5^e année (mortalité, 3 %).

28 morts pour les 5 premières années (mortalité, 62 %; survie, 38 %).

6^e année :

Nombre de malades, 26.

Parmi lesquels :

4 morts au cours de la 6^e année (mortalité, 16 %).

19 morts pour les 6 premières années (mortalité, 74 % . survie ; 26 %).

7^e année :

Nombre de malades, 12.

Parmi lesquels :

0 mort pour la 7^e année (mortalité, 0 %).

9 morts pour les 7 premières années (mortalité, 75 %; survie, 25 %.

En résumé : considérant les résultats après 3 et 5 ans comme il est classique de le faire, nous trouvons :

40 % de survie après 3 ans.

26 % de survie après 5 ans.

Nous n'avons ici envisagé que la mortalité. Il n'est pas fait état des récidives, et quand nous parlons de survies nous voulons dire malades vivantes mais non toujours vivantes et en bonne santé.

L'étude des récidives sera faite ultérieurement.

2^o Statistique par années opératoires.

Malades opérées en 1925 : 12.

Années	Décès	Mortalité par année	Mortalité totale	Malades vivantes
1925	2	16,66	16,66	10
1926	2	16,66	33,32	8
1927	0	0	33,32	8
1928	2	16,66	49,98	6
1929	0	0	49,98	6
1930	3	25	74,98	3
1931	0	0	74,98 ou 75 %	3

Malades opérées en 1926 : 14.

Années	Décès	Mortalité par année	Mortalité totale	Malades vivantes
1926	3	21,42	21, 2	11
1927	1	7,14	28,56	10
1928	3	21,42	49,98 ou 50 %	7
1929	2	14,28	64,26	5
1930	1	7,14	71,40	4
1931	1	7,14	78,54	3

Malades opérées en 1927 : 16.

Années	Décès	Mortalité par année	Mortalité totale	Malades vivantes
1927	2	12,50	12,50	14
1928	5	31,25	43,75	9
1929	4	25	58,75	9
1930	0	0	68,75	5
1931	0	0	68,75	5

Malades opérées en 1928 : 10.

Années	Décès	Mortalité par année	Mortalité totale	Malades vivantes
1928	1	10 %	10 %	9
1929	2	20 %	30 %	7
1930	0	0 %	30 %	7
1931	1	10 %	40 %	6

Malades opérées en 1929 : 12.

Années	Décès	Mortalité par année	Mortalité totale	Malades vivantes
1929	1	8,33	8,33	11
1930	1	8,33	16,66	10
1931	0	0	16,66	10

Malades opérées en 1930 : 15.

Années	Décès	Mortalité par année	Mortalité totale	Malades vivantes
1930	0	0	0	15
1931	2	13,33	13,33	13

Malades opérées en 1931 : 11.

Année	Décès	Mortalité par année	Mortalité totale	Malades vivantes
1931	1	9,99	9,99	10

TABEAU DE COMPARAISON DE MORTALITÉ PAR ANNÉE (1).

Mortalité pour	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931
1 an.....	16,60	21,4	12,5	10	8,3	0,0	9,9
2 ans.....	33,30	28,50	43,75	30	16,60	13,60	
3 ans.....	33,3	50	68,75	30	16,60		
4 ans.....	50	64,2	68,7	40			
5 ans.....	50	71,4	68,7				
6 ans.....	75	78,5					
7 ans.....	75						

Un tel tableau montre la grande différence qui peut exister d'une année à l'autre.

C'est ainsi que l'on peut remarquer qu'après 4 ans il reste encore 50 % des malades opérés pour l'année 1925, 30 % seulement pour l'année 1926.

Il montre aussi que le cap de la 3^e année comme pierre de touche de la guérison n'a que peu de valeur. Si en effet, pour les opérées de 1926 les années meurtrières ont été la 1^{re} et la 3^e année.

Pour celles de 1927 la 2^e et la 3^e année.

Pour les opérés de 1925, c'est la 6^e année qui élève rapidement le taux de la mortalité.

Enfin de telles différences entre les éléments d'une même statistique expliquent aisément celles qu'on peut rencontrer entre les statistiques des deux auteurs différents.

B. — STATISTIQUE NE COMPRENANT QUE LES 64 CAS
EXAMINÉS HISTOLOGIQUEMENT (1).

Les 64 malades sont ainsi répartis :

Année	Malades
—	—
1925.....	3
1926.....	7
1927.....	13
1928.....	5
1929.....	12
1930.....	14
1931.....	10
	<u>64</u>

Calculant toujours de la même manière nous arrivons au résultat suivant :

Mortalité de la première année, 7,80 %.

Mortalité de la deuxième année, 14,81 %.

Pour les 2 premières années, 22,22 %; survies, 77,78%.

Mortalité de la troisième année, 10 %.

Pour les 3 premières années, 35 % ; survies, 65 %.

Mortalité de la quatrième année, 3,50 %.

1. En réalité 66 cas ont été examinés histologiquement. Mais 2 malades sont mortes des suites opératoires (obs. 20 et 59).

Pour 4 ans, 48,15 % ; survies, 51,85 %.

Mortalité de la cinquième année, 0 %.

Pour 5 ans, 52,13 % ; survies, 47,86 %.

Mortalité de la sixième année, 10 %.

Pour 6 ans, 60 % ; survie, 40 %.

En résumé : considérant les résultats après 3 et 5 ans nous trouvons comme survie :

Après 3 ans, 51 % ;

Après 5 ans, 40 %.

Cette deuxième statistique est, on le voit, meilleure que celle portant sur le nombre total des opérés.

En voici la raison : actuellement il existe à l'hôpital Bon Secours un laboratoire, et toutes les pièces sont examinées. Il y a quelques années, on était obligé d'adresser ces pièces à un laboratoire du dehors, ce qui était une complication. Aussi se passait-on d'examen histologiques chaque fois que l'aspect macroscopique de la pièce ne laissait place à aucun doute. C'étaient donc les cancers les plus évidents, c'est-à-dire les plus avancés, qui n'étaient pas soumis à l'examen histologique.

De plus la comparaison des 2 résultats est en faveur de l'exactitude de diagnostic des cas non examinés histologiquement.

Ceux-ci, en effet, étudiés dans un 3^e groupe, montrent une mortalité considérable.

C. — STATISTIQUE NE COMPRENANT QUE LES 26 CA
NON EXAMINÉS HISTOLOGIQUEMENT

Les 26 malades sont ainsi répartis :

Année	Malades
1925.....	9
1926.....	7
1927.....	3
1928.....	5
1929.....	0
1930.....	1
1931.....	1

Calculant toujours de la même manière nous arrivons aux résultats suivants :

Mortalité de la première année, 19,22 %.

Mortalité de la deuxième année, 24 %.

Pour les 2 premières années, 44 % ; survie, 55 %.

Mortalité de la troisième année, 16,66 %.

Pour les trois premières années, 58,33 % ; survie, 41,67 %.

Mortalité de la quatrième année, 12,5 %.

Pour les 4 premières années, 62,5 % ; survie, 37,5 %.

Mortalité de la cinquième année, 5,26 %.

Pour 5 ans, 58 % ; survie, 42 %.

Mortalité de la sixième année, 6,25 %.

Pour 6 ans, 87,5 % ; survie, 12,50 %.

En résumé : Sur ces 26 malades, 21 sont actuellement décédées.

Sur ces 21 décès, 17 ont été dus à des métastases néoplasiques constatées.

Il nous semble que ceci est en faveur de l'exactitude du diagnostic de cancer porté sur ces 26 malades, et que nous pouvons, sans cause d'erreur importante, incorporer ces cas dans notre statistique globale qu'ils alourdissent d'ailleurs considérablement, puisque les malades de ce groupe sont décédées dans les proportions de 4 pour 5.

Cependant la contestation du diagnostic de cancer est possible pour les 5 survivantes.

Voici ces 5 observations dont l'analyse permettra de recueillir les signes cliniques, opératoires ou d'examen de la pièce qui ont fait penser au cancer.

OBS. 5 (175 du registre). — 54 ans (gauche).

Examen clinique : vient pour douleur ; tumeur partie inféro-int., rétraction du mamelon, 3 ou 4 *ganglions axillaires très durs*.

Intervention : mars 1925 : Technique habituelle.

Examen histologique : o.

Suites lointaines : bon état, mai 1932.

OBS. 12 (740). — 48 ans (gauche).

Examen clinique : tumeur siégeant juste en dehors du mamelon, *adhérant à la peau*, mobile sur les plans profonds ; *ganglions axillaires indurés*.

Intervention : décembre 1925 : Technique habituelle (cas me semblant favorable, D^r QUÉNU).

Examen histologique : o.

Suites lointaines : janvier 1929 : hystérectomie totale pour ?

Bon état en janvier 1932. En 1929, léger œdème au bras gauche qui a disparu en 1932.

Obs. 46 (2407). — 60 ans (droit + gauche).

Examen clinique : femme coxalgique, obèse, *opérée il y a trois ans d'un cancer du-sein gauche*, cicatrice en bon état, tumeur du sein droit.

Intervention, février 1928. — *Incision exploratrice ; c'est du cancer*, changement d'instruments, amputation large, curage axillaire.

Examen histologique : o.

Suites lointaines ; janvier 1932 : bon état.

Obs. 52 (2837). — 60 ans (droit).

Examen clinique : quadrant supéro-externe, *tumeur volumineuse sur le point de s'ulcérer, grosse masse de l'aisselle*.

Intervention, septembre 1928. — Ablation large, curage ganglionnaire, dans la mesure du possible : on a l'impression qu'il reste de tous petits ganglions ; en somme opération de propreté.

Examen histologique : o.

Suites lointaines : Bon état, janvier 1932 (cependant on sent dans l'aisselle un tout petit ganglion roulant sous le doigt). Malade suivie.

Obs. 86 (4399). — 43 ans (droit).

Examen clinique : tumeur inféro-interne, grosseur d'une prune ; début il y a 1 an 1/2.

Intervention : janvier 1931 : technique habituelle.

Examen histologique : o.

Suites lointaines : bon état. Avril 1932 œdème passager ayant duré 8 jours.

On le voit dans ces 5 cas, l'hésitation n'a pas eu lieu,

et le diagnostic de mammite ou de lésions bénignes n'a pas été discuté.

A ces observations il est intéressant d'en opposer 2 autres. Ce sont celles de 2 malades, chez qui l'amputation a été faite pour une lésion non cancéreuse.

OBS. A (non comprise dans les 95). — Mme J..., 57 ans.

Examen clinique : Depuis 5 semaines, grosseur dans le sein droit. Mastite chronique des 2 côtés. Mais à droite grosse plaque indurée au-dessous du mamelon — ayant beaucoup grossi depuis quelque temps — relativement mobile. Pas de ganglions.

On conseille l'incision exploratrice et on demande à la malade l'autorisation d'ôter le sein si la lésion paraît cancéreuse.

Intervention en 1929 : Tumeur suspecte. Technique habituelle.

Examen histologique : fibro-adénome mortifié et calcifié par place. Mastite chronique atrophique. Ganglions irrités (M. LETULLE).

Suites lointaines : Gros noyau de mastite à gauche en 1931. Etant donné l'âge de la malade on propose l'ablation qui est acceptée.

Deuxième examen histologique (laboratoire différent : Mastite chronique (M. LAVEDAN).

Avril 1932. — Revue en excellente santé.

OBS. B (non comprise dans les 95). — Mme H..., 42 ans.

Diagnostic clinique : Néoplasme gauche probable. A l'intervention : néoplasme; ablation large avec curage ganglionnaire. Aspect macroscopique de la tumeur une fois enlevée, mammite chronique.

Examen histologique : maladie kystique de la mamelle ;

kyste hydro-adénoïde des auteurs. Pas de caractères de malignité (M. LETULLE).

Suites lointaines : Excellent état, fin 1931.

On le voit dans ces 2 cas, le diagnostic n'était pas aussi affirmatif que dans les 5 observations précédentes. Dans l'observation A, l'examen clinique, puis les constatations opératoires, dans l'observation B, l'aspect macroscopique de la pièce, avaient fait faire le diagnostic de mammite avec de grandes probabilités avant la réponse histologique.

Il faut remarquer d'ailleurs que de telles lésions sont considérées par nombre d'auteurs et en particulier par M. DELBET comme des états précancéreux et que l'amputation large est pour lui une thérapeutique rationnelle.

C'est pour cela que dans l'observation A, une 2^e intervention a été pratiquée bien que cette fois le diagnostic de mammite se soit pour ainsi dire imposé à l'esprit.

D. — INFLUENCE SUR LE PRONOSTIC DES OPÉRATIONS EN DEUX TEMPS.

Les possibilités d'erreurs de diagnostic que nous venons d'analyser soulèvent la question des opérations en deux temps. Opérer en deux temps cela veut dire : dans un premier temps, exérèse limitée d'une tumeur supposée bénigne ; dans un deuxième temps, après examen histologique de la tumeur reconnue maligne amputation large du sein.

Il est bien entendu que l'examen histologique doit toujours être pratiqué à la suite de toute exérèse limitée. Pour certains cas la malignité histologique reconnue peut être une surprise ; dans d'autres cas elle peut être en quelque sorte escomptée, prévue comme une éventualité possible. La malade a été prévenue qu'une deuxième opération serait peut-être nécessaire : c'est « l'opération-biopsie ».

En pratique les choses se présentent sous ces deux aspects différents. En fait les résultats sont les mêmes: on a fait sur une région, siège de cancer deux opérations successives. On sait que cette circonstance a été accusée d'ouvrir les voies lymphatiques et de favoriser l'essaimage des cellules cancéreuses, et de ce fait considérée comme un facteur aggravant. M. le professeur Edouard QUÉNU a été un des premiers à insister sur ce danger. Depuis, l'opinion a été à peu près unanime pour la condamnation de ces biopsies.

LECÈNE en particulier insistait sur son danger et sur celui des examens extemporanés par congélation.

7 malades de notre statistique ont subi une opération en deux temps. 3 de ces malades avaient subi la première opération dans un autre service.

OBS. 32. — Biopsie.

Opération : 7 jours après ; bon état après 5 ans.

OBS. 67. — Biopsie.

Opération : 6 jours après ; bon état après 2 ans 8 mois.

OBS. 9. — Biopsie d'un ganglion axillaire.

Opération : un mois après ; décès après un an 1/2.

OBS. 47. — Biopsie faite dans un autre service.

Opération à l'hôpital Bon-Secours 2 mois après Décès,
2 ans 5 mois.

OBS. 51. — Opérée un an auparavant d'une tumeur du sein, examinée et déclarée bénigne par un pharmacien de quartier ; vue à la consultation de l'hôpital Bon-Secours avec un noyau du sein et des ganglions manifestement cancéreux.

Intervention : amputation large, et curage ganglionnaire, difficile mais complet.

Examen histologique (M. VERLIAC) : épithélioma atypique. Ganglion envahi. Bon état après 4 ans.

OBS. 29. — Opérée d'une tumeur dite bénigne trois mois auparavant. Vue pour la première fois à Bon-Secours avec une cicatrice indurée et un nodule à ce niveau. Ganglion perceptible, amputation large avec curage ganglionnaire.

Examen histologique (M. VERLIAC) : épithélioma avec nombreuse cariokinèse, bon état après 5 ans 1/2.

OBS. 38. — Amputation simple de la glande, car diagnostic hésitant.

Examen histologique : épithélioma, suivi tous les trois mois, 7 mois après apparition de ganglions indurés de l'aiselle, on complète l'intervention par une ablation totale et un curage ganglionnaire. Bon état après 5 ans.

Ces observations ne confirment pas la notion de l'influence aggravante des opérations en deux temps, malgré les longs intervalles parfois observés entre la 1^{re} et la 2^e opération. Voilà tout ce qu'on peut dire. Comment faire dans les cas douteux ? On hésite entre une mutilation peut-être inutile et une opération limi-

tée peut-être dangereuse. Faut-il se contenter d'un examen histologique extemporané ? M. Leroux a bien voulu à ce sujet nous parler de l'Ultropak et nous garantir la valeur de ces examens faits en 1 à 2 minutes.

Faut-il conserver l'usage de l'opération-biopsie ? *Outre son danger théorique de disséminations elle présente un inconvénient certain d'ordre pratique : la difficulté de faire accepter à une malade 2 opérations successives à quelques jours d'intervalles.*

Notre conduite actuelle est la suivante :

Dans les cas qui malgré un examen clinique très soigneux restent douteux, demander à la malade carte blanche ; inciser sur la tumeur et se décider sur l'examen macroscopique de la tumeur fendue. Quand on a l'habitude, l'aspect trompe bien rarement. Si aspect bénin, excision simple. Si aspect malin 4 points de suture, changement d'instruments et amputation large.

E. — ETUDE TRÈS SUCCINCTE DES 48 TUMEURS BÉNIGNES.

Dans le même temps qu'ont été opérées les 95 malades atteintes de cancer qui fut l'objet de ces statistiques, 48 malades ont été opérées pour des lésions cliniquement bénignes, par des exérèses limitées. Quoique plusieurs de ces tumeurs aient présenté à l'examen histologique certains signes de malignité, aucun de ces cas n'a été compté dans notre statistique. Néanmoins il nous semble intéressant de leur consacrer quelques lignes.

A. — *Au point de vue clinique* nous les trouvons réparties en :

Adénome	32
Adénome bilatéral.....	1
Kystes (simples ou multiples).....	9
Mammite chronique.....	5
Mammite bilatérale.....	1

B. — *Au point de vue histologique* nous relevons :

1^o Parmi les 32 adénomes :

24 bénins,
8 suspects.

L'adénome bilatéral était bénin des 2 côtés.

2^o Parmi les 9 kystes :

2 maladies de RECLUS,
3 kystes dégénérés,
4 kystes bénins.

Ainsi chez onze malades (8 adénomes et 3 kystes), l'étiologie a révélé des lésions suspectes. Malgré ce diagnostic histologique, on s'est contenté de l'exérèse limitée. Ces onze malades ont été suivies avec une attention particulière. Aucune d'elles n'a récidivé. Elles sont actuellement bien portantes.

A ce sujet les observations suivantes nous semblent intéressantes, car un recul de 6 ans permet de porter un jugement.

OBS. (1057). — F..., 55 ans.

Examen clinique : Kyste du sein gros comme une mandarine,

Intervention : mars 1925. Incision sous mammaire. Excision.

Examen histologique (VERLIAC) : Kystes de taille variée dérivant de glandes adénomateuses avec *dégénérescence néoplasique et infiltration néoplasique du tissu graisseux*.

Suites lointaines : *Très bon état*, janvier 1932.

OBS. (965). — F..., 47 ans.

Examen clinique : Tumeur dans le sein droit apparue il y a 10 ans, mobile sur la peau et les plans profonds.

Pas de ganglions axillaires.

Intervention, août 1926 : Incision sous-mammaire. Excision de 2 kystes. L'intérieur des kystes présente 1 ou 2 végétations suspectes.

Examen histologique (VERLIAC) : *Dégénérescence néoplasique* non seulement au niveau de la végétation mais au niveau des culs-de-sac glandulaires et dans la graisse.

Suites lointaines : *Très bon état*, janvier 1932.

Enfin nous rappelons que 2 malades atteintes du cancer du sein ont fait des lésions bénignes du sein opposé, respectivement après 2 ans 1/2 et 2 ans. Il s'agit des observations 21 et 44.

CHAPITRE II

LES RÉCIDIVES DU CANCER DU SEIN

Nous étudions dans ce chapitre, toutes les manifestations de réviviscence du néoplasme : récidives locales, métastases et généralisation.

90 malades sorties vivantes de l'hôpital, ont été suivies ou retrouvées. Sur ces 90 opérées, 5 sont mortes de causes inconnues ; nous portons leurs morts au passif du cancer. Restent 85 opérées dont nous pouvons faire état pour l'étude des récidives. Sur ces 85 opérées 39 ont récidivé. Voici le détail de ces récidives.

Récidives de la 1^{er} année : 20 sur 85 opérées suivies (23,52 %).

Date d'apparition des récidives	Nature des récidives	Survie après l'apparition des récidives
3 d'emblée	rachidienne	3 mois
d'emblée	généralisation	7 mois
d'emblée	axillaire	3 mois
1 2 mois	axillaire	5 mois
1 3 mois	cutanée à distance	non décédée, réopérée depuis 6 m.

3	4 mois	sus-claviculaire, nodule à distance	16 mois
	4 mois	sus-claviculaire réopérée. Rayons X.	1 an
	4 mois	généralisation	2 mois
1	5 mois	médiastinale, sternale, cutanée	5 mois
6	7 mois	rachidienne	3 mois
	7 mois	axillaire réopérée	11 mois
	7 mois	rachidienne	10 mois
	7 mois	osseuse multiple	1 an 5 mois
	7 mois	cutanée	1 mois
	7 mois	cutanée	1 mois
1	8 mois	rachidienne	11 mois
1	9 mois	sus-claviculaire	1 an
2	10 mois	cutanée à distance	2 ans
	10 mois	médiastinale	7 mois
1	11 mois	cutanée réopérée	3 ans

Récidives de la 2^e année : 8, sur 74 opérées suivies (10,90 %).

Date d'apparition des récidives	Nature des récidives	Survie après l'apparition des récidives
2 1 an	sus-claviculaire	1 an
1 an	nodule cutané	8 mois
1 1 an 1 mois	sus-claviculaire	9 mois
2 1 an 2 mois	cancer du foie	1 mois
1 an 2 mois	sternale	vivante R. X. 6 m.
1 1 an 7 mois	axillaire	4 mois
1 1 an 8 mois	cérébrale	mort ?
1 1 an 9 mois	cutanée	vivante

Récidives au cours de la 3^e année : 6 sur 60 opérées suivies, 10 %.

Date d'apparition des récidives	Nature des récidives	Survie après l'apparition des récidives
I 2 ans	utérus ?	6 mois
I 2 ans 6 mois	osseuse	1 an 4 mois
2 2 ans 7 mois	cutanée réopérée	vivante après 6 m.
2 2 ans 7 mois	sternale	vivante Rayons X
I 2 ans 9 mois	axillaire	vivante
I 2 ans 6 mois	rachidienne	1 an 6 mois

Récidives au cours de la 4^e année : 3 sur 48 opérées suivies, 6,5 %.

Date d'apparition des récidives	Nature des récidives	Survie après l'apparition des récidives
I 3 ans	cutanée à distance	2 ans 2 mois
I 3 ans 3 mois	foie	quelques jours
I 3 ans 6 mois	axillaire	2 ans 2 mois

Récidives au cours de la 5^e année : 2 sur 39 opérées suivies, 5,10 %.

Date d'apparition des récidives	Nature des récidives	Survie après l'apparition des récidives
I 4 ans 1/2	généralisation	mort moins de 2 ans
I 4 ans	pulmonaire	1 an

Récidives au cours des 6^e et 7^e années : 0.

A. — DATE D'APPARITION DES RÉCIDIVES.

La moitié des récidives sont apparues au cours de la première année, 20 fois sur 39 cas dans notre statistique.

Cette fréquence diminue brusquement à la 2^e année tombant de 23,52 % à 10,90 %.

Nous n'avons pas constaté de récives au cours des 6^e et 7^e années, mais on sait que les récives tardives (jusqu'à 15 et 20 ans) sont particulièrement fréquentes dans le cancer du sein.

B. — LE SIÈGE DES RÉCIDIVES.

Selon le siège, les récives se répartissent de la façon suivante :

A) dans la fégion opératoire :

Axillaire.....	6 /85	7 %
Téguments thoraciques.....	<u>6</u> /35	7 %
	12	

B) en dehors de la région opératoire :

Nodules à distance.....	3
Sus-claviculaire.....	5
Rachidienne.....	5
Pulmonaire.....	1
Hépatique.....	2
Osseuse autre que rachidienne.....	2
Cérébrale	1 ?
Sternale.....	2
Médiastinale.....	2
Généralisation.....	3
Utérus.....	1

On voit en comparant l'apparition et le siège de la récive que la métastase rachidienne est le plus souvent d'apparition précoce (4 fois sur 5 dans nos observations).

D'autres systématisations sont difficiles.

Les récurrences tardives sont de sièges variables.

Les 2 récurrences du foie, classiquement d'apparition précoce, sont de la 2^e et de la 4^e année.

D'ailleurs cette classification de la nature des récurrences n'a pas une valeur rigoureuse. Le cancer du sein est souvent multi-récidivant, généralisant et une malade a simultanément ou successivement 2, 3, 4 sortes de récurrences, c'est ainsi que nous trouvons :

1° *Récurrences multiples simultanées* (ou mieux en apparence simultanée).

Obs. 64. — Récurrence cutanée, sus-claviculaire bi-latérale : métastase sternale et costale.

Obs. (pas de numéro, ville). — Sus-claviculaire et axillaire.

Obs. 85. — Médiastinale, pulmonaire, sternale.

Obs. 81. — Sternale, axillaire, sus-claviculaire, cutanée.

Obs. 75. — Cutanée, médiastinale

Obs. 7. — Sus-claviculaire, cutanée à distance.

2° *Récurrences multiples successives* :

Obs. 24. — Cutanée, pulmonaire ; 2 mois après sus-claviculaire.

Obs. (ville). — Sus-claviculaire ; 1 an après rachidienne.

Obs. 26. — Axillaire ; 4 ans après pulmonaire.

Obs. 73. — Cicatricielle ; 6 mois après pulmonaire.

Dans les tableaux ci-dessus la nature de la récurrence désigne la première récurrence en date mais non toujours la plus importante.

C. — LA RAPIDITÉ D'ÉVOLUTION DES RÉCIDIVES.

La 3^e colonne rendant compte de la survie, montre la gravité des récides précoces. Sur les 20 récides de la première année, 15 malades n'ont eu qu'une survie de 1 mois à 1 an. Par contre sur les 3 récides de la quatrième année, 2 malades ont eu une survie de 2 ans 2 mois.

D. — INFLUENCE DES RÉINTERVENTIONS POUR RÉCIDIVES
SUR LA SURVIE DES MALADES.

Il nous a semblé intéressant de rechercher si une deuxième intervention pour récide faisait bénéficier la malade d'une longue survie : voilà à ce sujet les observations que nous avons étudiées :

Obs. 20. — Première intervention : mai 1926.

Deuxième intervention, septembre 1927 : nodule cicatriciel : excision.

Troisième intervention, septembre 1928 : nouveau nodule, nouvelle excision. En janvier 1930 : nodules disséminés au-delà des ressources de la chirurgie. *Meurt* paraplégique en octobre 1930.

Trois ans après la première récide ; 4 ans 5 mois après la première intervention.

Obs. 25. — Première intervention : septembre 1926.

Deuxième intervention : juillet 1927 : ablation de nodule cicatriciel.

Troisième intervention : février 1928 : ablation de nodule cicatriciel, *meurt en septembre 1930*, en généra-

lisation, 3 ans 2 mois après la première récurrence, 4 ans après la première opération.

Obs. 45. — Première intervention : décembre 1927.

Deuxième intervention : en mai 1928 : *pour récurrence sus-claviculaire.*

Application de Rayons X ; *meurt en avril 1928* : 11 mois après la première récurrence, 1 an 4 mois après la première opération.

Obs. 40. — Première intervention : novembre 1927.

Deuxième intervention : en juillet 1928 : *pour récurrence axillaire et cutanée ; meurt en mai 1929*, 10 mois après la première récurrence, 1 an 6 mois après la première opération.

Obs. 75. — Première intervention : mai 1930.

Deuxième intervention : en mars 1931 *pour nodule cicatriciel. Ablation.* Une radio à ce moment montrait des métastases médiastinales. *Décès septembre 1931*, 6 mois après la première récurrence, 1 an 5 mois après la première intervention.

Obs. (Ville). — Première intervention : mars 1930 : à la suite Rayons X préventifs.

Deuxième intervention : décembre 1930 pour récurrence ganglionnaire sus-claviculaire du côté opéré et axillaire du côté opposé.

Troisième intervention : mars 1931. Cancer du sein opposé ; *meurt en septembre 1931* après avoir présenté depuis six mois des signes de métastase rachidienne.

11 mois après la première récurrence, 1 an 7 mois après la première opération.

Obs. (Ville). — Première intervention : mars 1930 : Rayons X préventifs.

Deuxième intervention : avril 1931 : ablation de nodule cutané.

Troisième intervention : décembre 1931 : ablation de nodule cutané.

Meurt en avril 1932. 1 an après la première récurrence, 2 ans après la première opération.

OBS. 73. — Première intervention mars 1930.

Deuxième intervention : octobre 1930 : excision de nodule cicatriciel et d'un ganglion de l'aisselle.

Troisième intervention : mai 1931, nodule à distance.

Meurt en avril 1932 avec métastase osseuse multiple 1 an 7 mois après première récurrence, 2 ans après la première opération.

OBS. 90. — Première intervention septembre 1931.

Deuxième intervention : décembre 1931, pour nodule à distance.

Nouveaux nodules à distance en avril 1932. On conseille l'intervention.

Parfois même, l'exérèse des récurrences a été poussée très loin comme dans l'observation suivante que nous relatons en détail.

OBS. 64 (3314). — 42 ans, droit.

Examen clinique : partie supérieure tumeur grosseur, d'une noix, mobile, très dure ; gros ganglion axillaire.

Première intervention : mai 1929 : amputation large curage axillaire (volumineux ganglion de la chaîne mammaire externe et scapulaire inférieure).

Examen histologique : carcinome glandulaire très actif, ganglions envahis (M. LETULLE).

Suites lointaines : Bon état jusqu'en décembre 1931.

A cette date, présence de 4 petits nodules cutanés au niveau des 2^e et 3^e côte. Saillie anormale du sternum. Métastase sus-claviculaire bi-latérale.

Deuxième intervention, décembre 1931 : ablation des 4 nodules ; on agrandit l'incision pour voir à quoi est due la saillie anormale du sternum : existence d'une masse pré-sternale très dure : les côtes sont également envahies. On en resèque 4 sur 3 cm.

Pneumothorax. On ferme incomplètement la plèvre, on ramène par plusieurs points de suture le poumon à la paroi.

Troisième intervention. janvier 1932 : (On a laissé un mois de convalescence à la malade) ; à droite incision horizontale section de la clavicule en son milieu ; résection de la moitié interne de l'os.

Extirpation du gros ganglion de l'angle jugulo sous-clavier et du tissu cellulaire environnant.

A gauche, incision horizontale, opération analogue sans résection claviculaire, mais après section du sterno cléïdo-mastoïdien

Examen histologique : à droite (côté du cancer), ganglion discrètement envahi.

A gauche, ganglion envahi dans sa totalité.

A la suite de cette intervention la malade a présenté une masse fluctuante, grosse comme le poing, développée dans le creux sus claviculaire gauche ; deux fois par semaine pendant un mois la ponction a retiré plus de 200 gr. de liquide blanc ressemblant à du lait, et que l'examen a montré être de la lymphe.

En février 1932 (un mois 10 jours après l'interv.) la fistule est tarie, son orifice est encore visible dans une plaie bourgeonnante au centre d'une grosse induration qui occupe tout le creux sus-claviculaire.

Avril 1932 : fistule complètement fermée, toutes les cica-

trices sont en bon état, la malade a repris du poids. Envoyée au traitement radio-thérapique.

En mars 1932 nouvelle récurrence :

1° Nodosité indurée devant la partie inférieure du bord droit du sternum ;

2° Induration en forme de trainée longitudinale à la surface du poulmon (qui est directement sous la peau).

Quatrième intervention, mai 1932 : ablation large de la peau au niveau de la nodosité, les côtes sont envahies, résection des trois cartilages costaux sur 3 cm. environ, ablation de quelques points du poulmon présentant des nodules suspects.

Il est intéressant de noter que malgré toutes ces récurrences l'état général est conservé satisfaisant,

De ces quelques observations il semble qu'on puisse tirer les conclusions suivantes. Les récurrences du cancer du sein indiquent toujours une forme grave, contre laquelle la chirurgie ne peut lutter que temporairement. A l'exception des 2 dernières opérées, dont l'une est encore dans sa première année (obs... 90) et l'autre présente une vitalité de son cancer qui laisse peu d'espoir (obs... 64), toutes les malades réopérées sont mortes.

Cependant, 2 cas sont à envisager au point de vue de ce pronostic. S'il s'agit de nodule cutané, la réintervention peut être suivie de longue survie, 3 ans et plus. Aucune survie aussi prolongée n'a été constatée chez des malades présentant des récurrences non opérées. Chez ces dernières elle oscille entre 3 mois et 2 ans. M. Pierre DELBET cite dans son ouvrage le cas d'une malade suivie dans sa 18^e année et qui avait

été opérée d'une récidive locale 4 ans 10 mois après l'amputation du sein. De telles possibilités doivent toujours faire tenter ces réinterventions.

Par contre les réinterventions pour métastases axillaires, sus-claviculaires ou sternales semblent être rapidement suivies de généralisation.

Pourtant si une telle division est vraie dans l'ensemble, elle n'est pas absolue. Nous possédons à ce sujet une observation intéressante qui ne nous est pas entièrement personnelle et ne figure pas, pour cette raison, dans notre statistique. Elle montre que des récidives axillaires réopérées peuvent être suivies de longue survie.

Obs. 4 (1832). — Vient consulter en 1927.

Examen clinique : 2 ganglions axillaires indurés chez une femme opérée d'un néo du sein il y a 7 ans par le Dr DESCOMPS.

Intervention 1927 : Ablation des 2 ganglions.

Examen histologique : dans la plus grande partie de leur étendue la structure normale de ces ganglions a disparu, remplacée par des boyaux épithéliomateux : M. RICHARD.

Suites lointaines : Très bon état en 1932, soit 12 ans après la première intervention, 5 ans après la seconde.

Il nous semble au sujet de cette malade inutile de discuter la nature cancéreuse de sa première affection. L'intervention pratiquée, l'existence d'une récidive ganglionnaire, la preuve histologique de malignité de cette récidive prouvent assez en sa faveur.

CHAPITRE IV

LES SURVIES

Si maintenant résumant nos deux chapitres sur la mortalité et les récidives du cancer du sein nous recherchons le pourcentage des malades bien portantes, nous trouvons :

Pour la 1^{re} année : nombre de malades, 90.

Vivantes et bien, 68 = 75,50 %.

Pour les 2 premières années : nombre de malades, 79.

Ou après 1 an :

Vivantes et bien, 55 = 69,64 %.

Pour les 3 premières années : nombre de malades, 64.

Ou après 2 ans :

Vivantes et bien, 32 = 50 %.

Pour les 4 premières années : nombre de malades, 52.

Ou après 3 ans :

Vivantes et bien, 20 = 38,46 %.

Pour les 5 premières années : nombre de malades, 42.

Ou après 4 ans :

Vivantes et bien, 12 = 28,59 %.

Pour les 6 premières années : nombre de malades, 26.

Ou après 5 ans :

Vivantes et bien, $7 = 26 \%$.

Pour les 7 premières années : nombre de malades, 12.

Ou après 6 ans :

Vivantes et bien, $3 = 25 \%$.

Parmi ces 3 survivantes au bout de 7 ans se trouve un sarcome au sein, seule tumeur de cette nature parmi nos 95 cas.

CHAPITRE V

COMPARAISON AVEC D'AUTRES STATISTIQUES

Il est toujours instructif de comparer sa propre statistique à celle des autres auteurs et nous aurions voulu le faire. Mais cette comparaison est très difficile et n'a que peu de valeur. En effet, les auteurs ne présentent pas toujours leur technique, ne donnent pas toujours leurs observations, n'expliquent pas toujours leurs calculs et l'on est amené à comparer des statistiques qui n'ont rien de comparable.

De plus, le fait d'avoir retrouvé toutes nos malades rend déjà notre statistique spéciale et différente aussi bien de celles des chirurgiens qui suppriment les malades perdues de vue, les comptent comme guéries ou comme décédées. Comment expliquer, sinon par des différences de présentations, des résultats aussi variables que :

Survie après 5 ans : STUBENDORD, 9 % ; SCHLOFFER, 50,50 %.

D'ailleurs, cet ouvrage n'a pas été fait uniquement pour présenter des résultats, mais aussi pour rechercher de l'analyse de diverses statistiques les éléments de pronostic du cancer du sein.

DEUXIÈME PARTIE

Les éléments du pronostic.

L'analyse des tableaux que nous venons d'écrire montre la gravité du cancer du sein, mais ne permet pas d'augurer du pronostic de tel ou tel cas particulier. Et pourtant, en pratique, l'intérêt de cette question est considérable. Elle n'est pas absolument insoluble.

Nous avons recherché les éléments de ce pronostic. Nous les avons étudiés dans l'ordre où ils se présentent en clinique. On peut dire que depuis le premier examen jusqu'à la lecture des coupes histologiques, chaque acte fait faire un pas de plus dans la connaissance du pronostic.

CHAPITRE PREMIER

L'EXAMEN CLINIQUE AVANT L'OPÉRATION

Il convient d'étudier :

- A) Les caractères de la tumeur.
- B) Les caractères des ganglions.

Plus accessoirement nous verrons le rôle pronostic :

- C) De l'âge de la malade.
- D) Du siège du cancer.

A. — CARACTÈRES DE LA TUMEUR.

a) *L'étendue et les adhérences de la tumeur* jouent un rôle étant en rapport, en général, avec le temps écoulé depuis le début du néoplasme.

Nous avons recueilli à ce sujet les observations les plus typiques.

Obs. 4 (155). — 55 ans (gauche).

Examen clinique : *tumeur volumineuse* : ganglions axillaires.

Intervention, mars 1925 : amputation large avec curage axillaire.

Examen histologique : o.

Suites opératoires : décédée en septembre 1928 de ?.

Obs. 22 (1058). — 57 ans (gauche).

Examen clinique : *volumineuse tumeur* avec gros ganglions de l'aisselle chez une femme obèse.

Première intervention, mai 1926 : amputation large avec curage axillaire.

Examen histologique : o.

Suites lointaines, septembre 1927 : récidence cutanée.

Deuxième intervention, octobre 1927 : excision de la récidence.

Troisième intervention, septembre 1928 : excision d'une nouvelle récidence.

Suites lointaines, janvier 1930 : nodules disséminés sur toute la paroi antérieure du thorax.

Décédée en octobre 1930, paraplégique.

Obs. 25 (1170). — 54 ans (gauche).

Examen clinique : *début il y a deux ans, grosse tumeur*, gros ganglions.

Intervention, septembre 1926 : amputation large, curage axillaire (cas peu favorable pour l'avenir. Dr QUÉNU).

Examen histologique : o.

Suites lointaines : recidives cutanées.

Juillet 1927. — Excision de 3 nodules cicatriciels.

Février 1928. — Nouvelle récidence.

Décédée septembre 1930.

Obs. 37 (1872). — 38 ans (gauche).

Examen clinique : *Cancer total, rétraction du mamelon*, ganglions axillaires ; souffre dans les jambes depuis 2 ans.

Intervention, juin 1927 ; amputation large avec curage axillaire.

Examen histologique : épithélioma avec envahissement du ganglion (M. MILKOVITCH).

Suites lointaines : mars 1930 : récurrence axillaire, signes de paraplégie. Avril 1930 ; meurt paraplégie.

OBS. 39 (Ville). — 60 ans (gauche + droit).

Examen clinique : *grosse tumeur avec œdème, peau d'orange*, gros ganglions axillaires ; femme obèse et cardiaque.

Du côté droit il existe dans le sein une petite induration bien limitée.

Première intervention : amputation large, curage axillaire sept. 1927)

Examen histologique : épithélioma (Laboratoires BRUNEAU).

Suites lointaines, juin 1928 : grosse tumeur encéphaloïde du sein droit.

Deuxième intervention, juillet 1928 ; amputation large et curage axillaire ; suites lointaines, récurrences immédiates, creux sus-claviculaire et aisselle droite. Décédée en septembre 1928 (syncope).

Par contre une petite tumeur bien mobile opérée, donne de plus longues survies comme le prouvent les observations suivantes choisies parmi les plus anciennes.

OBS. 12 (740). — 48 ans (gauche).

Examen clinique : tumeur siégeant juste en dehors du mamelon, mobile sur les plans profonds, ganglions axillaires.

Intervention, décembre 1925 : amputation large avec curage axillaire (cas me semblant favorable Dr QUÉNU).

Examen histologique : o.

Suites lointaines, janvier 1929 : Hystérectomie totale pour (?) .

Bon état en janvier 1932.

OBS : 38 (1873). 57 ans (droit).

Examen clinique : quadrant supéro-interne ; tumeur *volume d'une noix* mobile sur la peau et sur les plans profonds, douloureuse à la palpation. Pas de ganglions axillaires.

Intervention, juin 1927 : ablation simple de la glande.

Examen histologique : néo (sans explication) (M. MILKOVITCH).

Suites lointaines : en janvier 1928, apparition de ganglions axillaires.

Deuxième intervention, janvier 1928 : ablation des 2 pect. et curage axillaire.

Suites lointaines : bon état en avril 1932.

OBS. 41 (2218). — Droit.

Examen clinique : *petite tumeur mobile* sur les plans profonds, un ganglion axillaire petit, dur, des deux côtés.

Intervention, novembre 1927 : amputation simple du sein.

Examen histologique : cancer du sein glandulaire squirreux (M. LETULLE).

Suites lointaines : a eu des rayons X à l'hôpital Laënnec ? bon état janvier 1932.

OBS. 44 (2267). — 46 ans (droit).

Examen clinique : quadrant inféro-externe, tumeur adhérente à la peau, mobile sur les plans profonds. Pas de ganglions axillaires. .

Intervention, décembre 1927 : amputation large et curage axillaire.

Examen histologique : épithélioma atypique, ganglion non envahi (M. LETULLE).

Suites lointaines, octobre 1929 : récidives cutanées au niveau du sein droit ; à gauche, tuméfaction grosseur d'une noix, juste au-dessus du mamelon, non adhérente à la peau et au plan profond ; petit ganglion axillaire ; ponction négative.

Deuxième intervention, janvier 1930 : Ablation du nodule droit et gauche.

Examen histologique : nodules de récidive : pas de signes de malignité ; sein gauche, maladie kystique de Reclus (M. LETULLE).

Suites lointaines : bon état avril 1932.

b) *La rapidité de l'évolution de la tumeur.* — Nous n'avons pu parmi nos malades retrouver avec fréquence cette notion de temps dans l'évolution de leur cancer.

Beaucoup s'observent mal, et donnent à ce sujet des renseignements si peu précis, qu'ils ne peuvent être utilisés.

Nous relevons cependant.

OBS. 75 (3942). — *Début il y a 6 mois* : gros néo central ; très gros ganglion, donc évolution rapide. Meurt 1 an 5 mois après l'opération.

OBS. 85 (4424). — Avait une tumeur depuis ?? ; depuis 4 jours sein rouge plus volumineux et douloureux ; meurt 8 mois après l'opération.

Une poussée pseudo-inflammatoire aiguë sur un cancer du sein est un élément de pronostic très grave.

(On sait que ce sont les formes réalisées au cours de la gestation. Personnellement nous n'avons aucune observ. de cancer du sein chez la femme enceinte.)

OBS. 71 (Ville). — 53 ans. gauche + droit.

Examen clinique : début il y a 6 semaines néoplasme volumineux avec œdème, ganglion volumineux.

Intervention, mars 1930 : amputation large et curage axillaire.

Examen histologique : épithélioma. Ganglion envahi (Laboratoires BRUNEAU).

Radio-thérapie préventive : 10 séances sur le creux sus-claviculaire et dans l'aisselle gauche,

Suites lointaines, novembre 1930 : Deux ganglions du creux sus-claviculaire gauche ; 3 ganglions de l'aisselle droite ; au niveau du sein droit rien d'anormal ; deuxième intervention, décembre 1930. Curage ganglionnaire du creux sus-claviculaire gauche et de l'aisselle droite.

Examen histologique : envahissement des ganglions droit et gauche.

Suites lointaines, mars 1931 : néo du sein droit, volumineux, total ; rien à gauche. Radio-pulmonaire négative.

Troisième intervention, mars 1931 : amputation large du sein droit. On parfait le curage axillaire ; on est très gêné au cours de ce temps à cause du tissu cicatriciel ; on trouve des petits ganglions indurés le long du segment supérieur de la veine axillaire.

Examen histologique : ganglion envahi ; épithélioma atypique.

Suites lointaines, avril 1931 : métastase rachidienne, meurt en septembre 1931.

B. — LES CARACTÈRES DES GANGLIONS.

Ils sont primordiaux. Plus encore qu'à la tumeur c'est au ganglion que se règle le pronostic du cancer du sein.

L'existence d'une tumeur petite, et même mobile et d'apparition récente mais avec une grosse adénopathie est le propre d'une forme grave.

Obs. 35 (1808). — 40 ans (droit).

Examen clinique : quadrant supéro-externe. *Tumeur mobile* sur les plans profonds et sous la peau. Circulation veineuse du sein exagérée. *Gros ganglions* axillaires.

Intervention, juin 1927 : amputation large, curage axillaire ;

Examen histologique : épithélioma ; peu de réaction conjonctive ; envahissement des ganglions (M. VERLIAC).

Suites lointaines ; vue en *bon état* fin août 1928, décédée brusquement au début de septembre 1928 (10 jours après sa visite).

Obs. 64 (Déjà citée au chapitre des réinterventions pour récidive). En voici le résumé.

Examen clinique : tumeur, grosseur d'une noix, mobile, très dure, gros ganglions axillaires.

Première récidive 2 ans 7 mois après l'amputation. Depuis cette date : récidives successives (voir page 53).

Des modifications au niveau des ganglions (apparition rapide, ou augmentation) même sans changement au niveau de la tumeur signent aussi une forme redoutable.

Obs. 49 (2550). — 49 ans, droit.

Examen clinique : Début il y a 6 mois, tumeur, quadrant supéro-externe adhérent à la peau, mobile sur les plans profonds ; pas de ganglions. Diagnostic incertain ; attendre.

Deuxième examen, avril 1928 : même clinicien, on sent une masse ganglionnaire axillaire droite.

Intervention, avril 1928 : amputation large et curage axillaire.

Examen histologique : cancer squirreux (M. LETULLE).

Suites opératoires : fébriles : 38°-38°5.

Suites lointaines, novembre 1928 : œdème du membre supérieur. Décédée en septembre 1930, était alitée depuis février 1929, probablement métastase rachidienne.

Enfin et surtout l'absence d'adénopathie clinique (à condition que cette absence soit confirmée par l'intervention) donne une quasi-certitude d'évolution favorable, comme le prouvent les tableaux ci-dessous.

Nous avons groupé nos malades en 3 catégories d'après les caractères cliniques que nous venons d'étudier. Puis nous avons comparé les résultats lointains.

Depuis longtemps déjà les Allemands distinguent parmi leurs opérées 3 degrés d'évolution des lésions. C'est en 1908 que STEINTHAL décrit pour la première fois ces trois groupes :

Groupe I. — Tumeur à processus lent ; de quelques centimètres de dimension, pas plus grosse qu'un pruneau, entièrement contenue dans la glande, non adhérente à la peau ; ganglions axillaires non perçus cliniquement, en général seuls trouvés à l'intervention.

Groupe II. — Croissance nette, peau adhérente, ganglions axillaires.

Groupe III. — Sein pris en grande partie ; tumeur fixée à la peau ; au grand pectoral. Ganglion sus-claviculaire.

Dans nos observations, il n'est pas toujours fait mention de la taille de la tumeur ; de plus l'adhérence au grand pectoral ne nous semble pas de si fâcheux pronostic : c'est un signe habituel d'une tumeur encore très opérable. Enfin, nous avons quelques tumeurs ulcérées dont STEINTHAL ne fait pas état dans sa classification.

Aussi d'une façon plus adéquate à leurs cas, avons-nous divisé nos malades en :

Groupe A : tumeur localisée, pas de ganglion perceptible cliniquement, ganglions constatés indemnes à l'intervention.

Groupe B : adhérence à la peau et au G. P., ganglions axillaires.

Groupe C : tumeur ulcérée, ganglion sus-claviculaire.

Et nous aurons à étudier pour le groupe A, 12 malades, ainsi réparties :

Années : 1925, 0, 1926, 2 ; 1927, 2 ; 1928, 2 ; 1929, 3
1930, 2 ; 1931, 1.

Pour le groupe B : 75 malades ainsi réparties :

Années : 1925, 11 ; 1926, 12 ; 1927, 13 ; 1928, 7 ; 1929, 8 ; 1930, 12 ; 1931, 9.

Pour le groupe C, 5 malades ainsi réparties.

Années : 1925, 1 ; 1926, 1 ; 1928, 1 ; 1930, 1 ; 1931, 1.

Au total 92 malades (dans 3 cas les observations étaient incomplètes).

Pour les résultats lointains nous aurons :

Groupe A : 11 (car 1 mort par opération).

Groupe B : 72 (car 3 morts par opération).

TABEAU DE MORTALITÉ DES MALADES DU GROUPE A.

Malades suivies au bout de :

	Nombre de malades	Décès	Pourcentage	Survies
1 an.....	11	1	9,9 %	90
2 ans.....	10	1	10 %	90
3 ans.....	8	1	12,5 %	87,5
4 ans.....	5	1	20 %	80
5 ans.....	4	1	25 %	75
6 ans.....	2	1	30 %	70
7 ans.....	0			

TABEAU DE MORTALITÉ DES MALADES DU GROUPE B.

Malades suivies au bout de :

	Nombre de malades	Décès	Pourcentage	Survies
1 an.....	72	9	11,26	89
2 ans.....	63	38	60,30	40
3 ans.....	51	34	66,66	33
4 ans.....	43	32	74,4	25
5 ans.....	36	28	77,7	23
6 ans.....	23	18	78,25	22
7 ans.....	11	8	72,72	28
	72	39		

Envisageant la survie après 3 ans on a donc :

Pour les cas du groupe :

A : 20,4 % ou 80 % de survie.

B : 74,4 % ou 25 % de survie.

Après 5 ans on a donc :

A : 30 % ou 70 % de survie.

B : 78,25 % ou 21,75 de survie.

La comparaison des deux tableaux montre l'intérêt pronostic considérable de l'allure clinique du cancer du sein.

Les malades du groupe C sont si peu nombreuses que nous ne pouvons les comparer aux 2 autres groupes. Elles sont : 5.

Parmi lesquelles :

1 mort post-opératoire ;

1 mort après 4 ans ;

1 récurrence au bout de 6 mois ;

2 bons états depuis 1 an 6 mois ; 3 ans 3 mois.

Les résultats sont envisagés sur une trop petite série pour conclure. Ils ne paraissent pas ici aussi graves que le dit l'opinion classique.

C. — L'ÂGE DE LA MALADE.

L'âge des malades doit être considéré comme un élément de pronostic. « Il doit, disait LECÈNE, jouer un grand rôle dans l'appréciation du pronostic éloigné. Les cancers opérés chez des femmes de moins de 45 ans sont dans l'ensemble beaucoup plus graves que ceux rencontrés après cet âge. Chez des femmes âgées de plus de 60 ans, le cancer devient, en général, bien moins malin et pour les formes qui comportent un traitement chirurgical à cet âge les suites éloignées sont dans l'ensemble plus favorables ».

Arguant de cette bénignité relative, du cancer mammaire chez les vieilles femmes, quelques chirurgiens ont été jusqu'à conseiller à leur sujet, l'abstention systématique.

Récemment BRAINE insistait sur le fait que rien dans la pratique ne justifiait cette abstention. On peut ne

pas opérer le squirre atrophique ratatinant le seni contre le gril costal mais toutes les autres formes doivent être traitées chirurgicalement, au besoin par des opérations de propreté : ce sont ces résultats d'opérées de plus de 60 et 70 ans, les meilleurs.

Parmi nos malades nous distinguons trois séries :

Au dessous de 45 ans	de 45 à 60	Au-dessus de 60
25	47	24
11 décès	27 décès	8 décès (2 post-opér.).
3 récidives graves	1 récidive grave	3 récidives graves
10 malades vivantes	19 malades vivantes	13 malades vivantes

Après 3 ans nous trouvons comme survie :

Pour la série 1.....	5/10 (5 malades sur 10).
— 2.....	13/38
— 3.....	8/14

Après 5 ans :

Pour la série 1.....	0/4
— 2.....	3/17
— 3.....	2/5.

Les malades de plus de 60 ans sont en effet celles qui donnent les plus belles survies.

Quelques chirurgiens sont moins absolus et ne conseillent l'abstention que dans les cas de squirre.

A ce sujet il est intéressant de leur opposer l'observation suivante :

OBS. 14 (754). — 70 ans (gauche).

Examen clinique : petite tumeur. Pas de ganglions axillaires, femme déjà opérée d'un cancer du sein droit.

Intervention, janvier 1926 : amputation large, curage

axillaire, petite tumeur avec coque très dure cartilagineuse (on trouve des ganglions).

Examen histologique : épithélioma cylindrique (M. MILKOVITCH).

Suites lointaines, novembre 1926 : à l'examen^e un gros foie bosselé constaté à la radio on pense à une métastase hépatique et pourtant la malade est vue en bon état en janvier 1932, soit 6 ans après l'intervention.

En résumé : les bons résultats éloignés peuvent être opposés à la règle de l'abstention chez les gens âgés.

D. — LE SIÈGE DE LA TUMEUR.

Les tumeurs des quadrants internes passent pour être de pronostic plus grave,

Nous avons recherché s'il en était ainsi dans nos observations, malheureusement le siège n'en est pas toujours noté et nous ne le voyons mentionné que 66 fois sur 95.

Parmi ces tumeurs nous trouvons :

Cancer du quadrant inféro-interne, 5.

Cancer du quadrant supéro-interne, 14.

Cancer du quadrant inféro-externe, 3.

Cancer du quadrant supéro-externe, 21.

D'autres tumeurs n'ont pu être placées dans un de ces 4 groupes ; soit que leur étendue dépasse un quadrant :

Cancer de la partie inférieure, 2.

Cancer de la partie supérieure, 2.

Cancer de la partie externe, 7.

Cancer de la partie interne, 1.

Soit que cette étendue gagne tout le sein.

Cancer total, 4.

Soit enfin qu'il s'agisse de :

Cancer central, 3.

Cancer aberrant, 1.

Cancer multiple, 3.

De nos examens il ressort avant tout que les cancers externes sont plus fréquents que les internes.

24 pour les 2 quadrants externes.

7 pour la partie externe.

Total : 31.

19 pour les 2 quadrants internes.

1 partie interne.

Total : 20.

Envisageant les résultats éloignés, nous avons pour le pourcentage global de mortalité.

Inféro-interne, 20 %.

Inféro-externe, 0 %.

Supéro-interne, 28,55 %.

Supéro-externe, 36,36 %.

Total, 100 %.

Supérieur, 100 %.

Central, 66 %.

Aberrant, 100 %.

Multiple, 100 %.

Interne, 100 %.

Externe, 57 %.

Certes les séries sont trop petites pour pouvoir se faire une idée très exacte sur le pronostic d'après le siège.

Il semble cependant, que le siège supérieur soit un facteur aggravant. Quand la partie supérieure n'est que partiellement envahie c'est le siège supéro-externe qui présente la plus grande mortalité.

Nous avons aussi recherché la nature des métastases selon le siège de la tumeur primitive.

3 malades ont présenté des signes cliniques de métastases médiastinales; il s'agissait de :

- 1 cancer externe.
- 1 cancer central.
- 1 cancer supéro-interne.

6 malades ont représenté des récides sus-claviculaires; 2 fois le siège n'est pas noté.

Dans les autres cas il s'agissait de :

- 1 cancer du lobe aberrant.
- 1 cancer de la partie inférieure.
- 1 cancer supéro-externe.
- 1 cancer multiple.

Deux malades ont présenté des récides sternales.

Il s'agissait de :

- 1 cancer supéro-externe.
- 1 cancer partie inférieure.

Il n'est donc pas évident que la gravité du cancer supérieur par rapport au cancer inférieur soit due à l'infection rapide du médiastin ou des ganglions sus-claviculaires.

Parmi les 8 malades opérées et mortes de cancer du quadrant supéro-externe nous trouvons :

- Une récide cutanée et pulmonaire.
- Un cancer de l'ischion.

Deux métastases rachidiennes.

Une métastase axillaire.

Une mort subite (peut-être métastase pulmonaire non vérifiée).

Un cancer du foie.

Une mort post-opératoire.

De telles recherches aboutissent à peu d'arguments péremptoires pour ce qui est du rapport du siège du cancer et des récives ; de même que la gravité, plus grande, des cancers supérieurs trouvent peu d'explications cliniques,

En résumé : la clinique peut donner des arguments de pronostic très importants. Tout récemment STULENDORF a proposé le groupement de ces arguments en un « index de malignité ». Il distingue des facteurs aggravants au nombre de 4 :

1^o L'âge ;

2^o La lactation ;

3^o La rapidité d'accroissement de la tumeur ;

4^o L'étendue de la tumeur.

Associant à chacune de ces notions « des facteurs de gradation », il arrive à trouver pour chaque malade un chiffre qui a une valeur définie sur une « table de pronostic ».

De tels calculs nous semblent un peu puérils mais il est intéressant de noter que expérimentalement l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

Tumeur petite, accroissement lent, pas de ganglion

perceptible cliniquement, malade de plus de 60 ans : cancer relativement bénin.

Tumeur volumineuse, de croissance rapide, ganglion perceptible, malade de moins de 40 ans : cancer très malin.

Cette importance de signes cliniques est encore mise en évidence par de nombreuses statistiques et surtout en Allemagne MEIER publie en 1927 son importante statistique où les malades sont divisées selon STEINTHAL.

Mortalité après 5 ans :

Groupe A, 25 % (survie 75 %); Groupe B, 83 % (survie 17 %); Groupe C, 96 % (survie 4 %).

ANSCHUTZ et J. HELLMANN font une division un peu différente en 4 groupes :

- A : Caractères du groupe A de STEINTHAL,
- B : Caractères du groupe B,
- C : Tumeurs ulcérées,
- D : Tumeurs avec ganglions sus-claviculaires.

Leurs résultats sont :

	Groupe A	B	C	D
Après 3 ans..	Mortalité 0 %	50 %	76 %	74 %
—	Survie 100 %	50 %	24 %	26 %
Après 5 ans..	Mortalité 0 %	60 %	86,3 %	87,5 %
—	Survie 100 %	40 %	13,7 %	12,5 %

CHAPITRE II

LES CONSTATATIONS OPÉRATOIRES

Au cours de l'intervention un chirurgien expérimenté sait reconnaître toute une série d'arguments de pronostic très appréciables : des ganglions très nombreux, très postérieurs ou très élevés, une adhérence profonde très étendue, un cancer qui fuse sont autant d'éléments qui ne trompent pas. Dans les quelques observations suivantes, nous voyons ces constatations groupées et résumées en un pronostic consigné sur le registre opératoire par M. QUÉNU, immédiatement après l'opération.

OBS. 34.

Constatations opératoires. : Des ganglions énormes partout ; très mauvaise impression ; « récidivera sûrement et rapidement » (D^r QUÉNU). Décès au 3^e mois.

OBS. 14. — Déjà citée p. 75.

« Impression favorable » (D^r QUÉNU). Bon état après 6 ans.

OBS. 12. — Déjà citée p. 37.

« Impression favorable » (D^r QUÉNU). Bon état après 6 ans.

OBS. 58.

Petit cancer bien limité ; « bon cas » (D^r QUÉNU). Bon état après 3 ans.

D'autres observations peuvent être analysées dans cet ordre d'idée, à la fin de cet ouvrage.

CHAPITRE III

L'EXAMEN MACROSCOPIQUE DE LA PIÈCE

Avec les classiques, nous pouvons distinguer au point de vue pronostic les tumeurs molles et les tumeurs dures. Les premières sont plus graves que les secondes.

Deux observations extrêmes montrent la réalité de cette distinction.

OBS. 14. — Déjà citée, p. 75.

Petite tumeur avec une coque très dure.

Bon état après 6 ans.

OBS. 24 (1143). — 50 ans. Droit + gauche.

Examen clinique : Tumeur de volume moyen avec ganglion axillaire.

Intervention : août 1926. — Amputation large avec un curage axillaire. La pièce : *un cancer diffus beaucoup plus gros qu'il ne paraissait. A la coupe il sort de ces alvéoles une sorte de pus crémeux.*

Examen histologique : Cancer extrêmement végétant (M. VERLIAC.)

Suites lointaines, novembre 1926. — A droite, bon état ; à gauche, une grosse tumeur avec peau d'orange, rétraction du mamelon, un énorme ganglion axillaire.

Deuxième intervention, décembre 1926 : Amputation large, curage axillaire (pour enlever la grosse masse ganglionnaire, on est obligé de réséquer la veine sur 10 cm).

Suites lointaines, mars 1928 : récurrence à gauche, cutanée, métastase pulmonaire. Mai 1928, métastase sus-claviculaire, Décédée juillet 1928.

CHAPITRE IV

EXAMEN HISTOLOGIQUE

L'histologie, qui donne une certitude quant au *diagnostic* de cancer, est-elle capable de renseigner sur le *pronostic* ?

En d'autres termes, de l'étude histologique d'une tumeur du sein, ou des ganglions axillaires, est-il possible de tirer des éléments de plus ou moins grande malignité, et avec quelle fréquence ? C'est ce que nous allons maintenant discuter.

A. — DE LA TUMEUR ELLE-MÊME.

HARTMANN et BERGERET en 1921 au Congrès de Chirurgie sur le cancer du sein, déclarent ne pouvoir trouver de rapport entre le développement des récidives et la forme histologique des cancers.

De même LECÈNE en 1927.

Pour DELBET au contraire l'histologie permet d'établir le pronostic d'un grand nombre de cancers du sein. Il attache surtout de l'importance aux modifications cellulaires. Récemment LEROUX et PERROT ont

présenté une série de 27 malades qu'ils suivent d'années en années, comparant leurs résultats à leurs présomptions anatomo-pathologiques.

Pour eux, les éléments de bon pronostic seraient :

Cellules éosinophiles colorées par le mucicarmen ; stroma dense collagène, affinité teintoriale pour le mucicarmen de la substance inter-cellulaire, métaplasie fibro-blastique de la graisse en voie d'envahissement.

Les éléments de mauvais pronostic seraient :

Eosinophiles sans affinité pour le mucicarmen, stroma irrégulier lâche, nécrotique, envahissement du tissu graisseux avec minimum de métaplasie fibro-blastique ; aucune affinité pour le mucicarmen au niveau de la substance conjonctive.

LEROUX pense que c'est surtout au tissu conjonctif, DELBET pense que c'est surtout à la cellule cancéreuse que se règle le pronostic.

Certes ces recherches ont un très grand intérêt, mais, en pratique, elles ne sont pas toujours réalisables. M. LERUULE qui a fait près de la moitié de nos examens, a bien voulu à ce sujet nous expliquer les difficultés que nous trouverions à essayer de relever dans les comptes rendus histologiques les éléments de pronostic signalés par LEROUX.

L'histologue ne peut toujours rechercher minutieusement les finesses anatomo-pathologiques, il n'a pas toujours, non plus, le temps de faire des coupes en séries. S'il fait de telles recherches, c'est en vue d'un travail qu'il a entrepris. En règle, et cela dans les laboratoires les mieux organisés, il envoie un diagnostic

plutôt qu'un pronostic. En réalité, la grande expérience anatomo-pathologique de M. LETULLE a fait que bien souvent les prévisions qu'il ajoutait à ces diagnostics ont été vérifiées dans l'avenir comme nous le verrons dans les observations que nous reproduirons.

B. — DES GANGLIONS.

De l'étude histologique des ganglions, on peut tirer l'élément capital du pronostic. Il ne s'agit plus ici, comme au niveau de la tumeur, de distinctions plus ou moins subtiles : il s'agit seulement de reconnaître si le ganglion est ou n'est pas envahi par le cancer.

Sur les 95 tumeurs malignes étudiées dans ce travail, l'examen histologique des ganglions a été pratiqué 49 fois.

Nous avons réuni dans un groupe A les cas de cancer avec ganglions histologiquement non envahis; dans un groupe B les cas avec ganglions histologiquement envahis.

Dans le groupe A, 15 malades dont 2 décès post-opératoires, soit 13 malades suivies.

TABLEAU DE MORTALITÉ DES MALADES DU GROUPE A.

Malades suivies au bout de :

	Nombre de malades	Décès	Pourcentage	
			Morts	Survies
1 an....	13	0	0	
2 ans....	10	0	0	
3 ans....	7	1	14,28	85 %
4 ans....	5	1	20	80 %
5 ans....	4	1	25	75 %

Nous n'avons qu'une malade suivie pendant 7 ans. Elle est bien portante, mais la série est trop petite pour établir un pourcentage.

TABLEAU DE MORTALITÉ DES MALADES DU GROUPE B.

Malades suivies au bout de :

	Nombre de malades	Décès	Pourcentage	
			Morts	Survies
1 an....	34	4	11,76	88,24
2 ans....	29	13	44,83	55
3 ans....	21	10	47,61	53
4 ans....	14	9	64,28	36
5 ans....	11	11	100	0
6 ans....	6	6	100	0
7 ans....	2	2	100	0

Envisageant la mortalité après 3 ans, on a donc :

Pour les cas du groupe A : 20 %, survie : 80 %.

— groupe B : 64 %, survie : 36 %.

Après 5 ans :

Pour les cas du groupe A : 25 %, survie : 75 %.

— groupe B : 100 %, survie : 0 %.

La seule malade décédée parmi les 13 malades suivies du groupe A est morte du cancer de l'utérus. Il s'agit vraisemblablement d'une coïncidence et non d'une récive.

On le voit, la valeur pronostique de l'atteinte des ganglions est considérable ; théoriquement l'examen d'un ganglion (comme il a été fait dans nos cas) ne devrait pas suffire et son intégrité ne devrait pas être

considérée comme un élément sûr de bon pronostic : seul un résultat positif devrait être admis comme valable. En pratique, l'examen du seul ganglion, en apparence le plus suspect, est suffisante puisque son absence d'envahissement s'avère un argument de bon pronostic vérifié par des années.

D'autres statistiques sont de même très probantes.

PERSEVAL MILLS arrive aux résultats suivants :

Tous les cas en bloc après 6 ans, 39,8 % de survies.

Ganglions envahis après 6 ans, 18,3 %.

Ganglions non envahis après 6 ans, 62,9 %.

Boss donne des résultats semblables.

Ganglions envahis après 2 ans, 37,6 % de survie.

Ganglions non envahis après 2 ans, 75,6 %.

Ganglions envahis après 5 ans, 21,9 %.

Ganglions non envahis après 5 ans, 65,1 %.

Cette valeur pronostique de l'envahissement ganglionnaire est peut-être dans cette question du cancer du sein si discutée, la seule qui rallie l'unanimité.

CHAPITRE V

SUITES OPÉRATOIRES IMMÉDIATES

A ce sujet, il nous a semblé remarquer que les suites opératoires fébriles sont de mauvais augure, surtout lorsque la fièvre reste de cause inconnue.

OBS. 2 (101). — 38 ans (gauche).

Examen clinique : squirre atrophique; ganglions axillaires; depuis deux mois, douleurs en ceinture; envoyée chez un neurologue (Dr SICARD). Réponse : peut-être métastase rachidienné; dans le doute opérer quand-même.

Intervention : large avec curage axillaire.

Examen histologique : o.

Suites opératoires fébriles, 39° du 5^e au 13^e jour.

Suites lointaines : décédée le 25 mai 1925, paraplégique.

OBS. 54 (2904). — 69 ans, gauche.

Examen clinique : tumeur mobile sur les plans profonds; petite ulcération près du mamelon, rétraction du mamelon quelques ganglions axillaires.

Intervention : octobre 1928, amputation large et curage axillaire.

Examen histologique : o.

Suites opératoires fébriles : 38, 38° 5.

Suites lointaines : non suivie, on apprend son décès en septembre 1929.

OBS. 60(3162). — 45 ans, droit.

Examen clinique : tumeur partie supérieure, avec une zone très limitée, d'adhérence cutanée, ressemblant à une cicatrice. Ponction négative (le diag. était incertain car on ne sentait pas de ganglions axillaires, mais femme obèse).

Intervention, mars 1929 : amputation large curage axillaire (on trouve de nombreux ganglions indurés).

Examen histologique : carcinome glandulaire squirreux ; ganglions envahis. (M. LETULLE).

Suites opératoires : fébriles, 38°-38°5.

Suites lointaines, juin 1929 : cicatrice douloureuse, pas de récurrence.

Septembre 1929 : généralisation.

Décédée en septembre 1929.

CHAPITRE VI

SUITES OPÉRATOIRES LOINTAINES

Il est évident que l'apparition d'une récurrence locale est de fâcheux présage; que l'apparition d'une métastase osseuse ou viscérale est l'indice d'un dénouement fatal encore plus proche.

Mais il ne faut pas que la hantise bien naturelle du médecin qui ne pense qu'à la récurrence lorsqu'il examine une opérée du sein lui fasse à la légère porter un diagnostic de récurrence.

Des douleurs dans les membres inférieurs peuvent, même chez une opérée du sein, être le fait d'une phlébite variqueuse ou d'une sciatique: mais on pense tout de suite à une métastase rachidienne.

Une bronchite ne doit pas être fatalement mise sur le compte d'une métastase pulmonaire.

Il nous est arrivé de faire une erreur analogue, en découvrant un foie bosselé chez une de nos opérées: plusieurs années après, elle était encore en vie (obs. 14).

L'œdème du membre supérieur du côté opéré est un symptôme fréquent à la suite des évidements de l'aiselle. Lorsqu'il survient dans les semaines qui suivent

l'opération, il n'est pas, comme il l'est plus tard, le signe avant-coureur d'un dénouement rapide.

Il convient donc de se montrer extrêmement réservé, dans la pratique, dans l'interprétation de ces phénomènes. Il est en effet parfois très difficile de distinguer entre le symptôme d'une lésion banale et indifférente, et le signe précoce d'une récurrence rapidement mortelle.

* * *

En résumé :

Il nous semble, d'après l'étude suivie de ces 95 observations, qu'il soit possible de déterminer un pronostic de cancer du sein. Pour cela la clinique doit garder toute sa valeur qui est considérable ; une tumeur volumineuse datant de plusieurs mois, un aspect inflammatoire, des ganglions sus-claviculaires, une adhérence marquée au grand pectoral, sont des signes de mauvais pronostic. Il est d'ailleurs actuellement banal de le dire. Par contre l'absence clinique d'adénopathie, une petite tumeur, l'absence d'œdème, un début depuis quelques jours sont autant d'éléments presque sûrs d'une survie prolongée.

Les éléments histologiques sont aussi très importants, et parmi eux surtout l'envahissement néoplasique des ganglions axillaires. La valeur respective de ces examens cliniques ou histologiques est toujours discutée : DELBET donne la préférence à l'examen histologique. ANSCHUTZ et HELLMANN à l'examen clinique. De même STULENDORD. A ce sujet il nous a paru intéressant de comparer à nouveau nos résultats ;

Clinique : groupe A (sans ganglions), après 3 ans, 20 % de mortalité.

Histologique : groupe A (sans ganglions) après 3 ans, 20 % de mortalité.

Clinique : groupe B (avec ganglions, adhérences), après 3 ans, 74,4 % de mortalité.

Histologique : groupe B (avec ganglions envahis), après 3 ans, 64,28 % de mortalité.

Clinique : groupe A (sans ganglions), après 5 ans, 30 % de mortalité.

Histologie : groupe A (sans ganglions), après 5 ans, 25 % de mortalité.

Clinique : groupe B (avec ganglions, adhérences), après 5 ans, 78,25 % de mortalité.

Histologie : groupe B (avec ganglions envahis), après 5 ans, 100 % de mortalité.

Nous ne voudrions conclure en faveur ni de l'une ni de l'autre, les deux examens sont indispensables, et c'est de leur association que, en réalité, sortiront le plus d'éléments de pronostic.

L'histologie apparaîtra comme la contre-épreuve de la clinique qui, au demeurant, a une valeur essentiellement variable selon le clinicien.

Le laboratoire enfin laisse un document qui ne doit manquer à aucun bon travail scientifique.

CHAPITRE VII

VÉRIFICATION DE LA VALEUR DES ÉLÉMENTS DE PRONOSTIC PAR NOTRE STATISTIQUE PERSONNELLE

A. — ÉLÉMENTS DE PRONOSTIC POUR LES MALADES DÉCÉDÉES AU COURS DE LA PREMIÈRE ANNÉE.

OBS. 2. — 38 ans.

Arguments. — 1^o Cliniques : squirre atrophique, probablement métastase rachidienne avant l'intervention. Mais un neurologue dans le doute conseille l'intervention.

2^o Opératoires : ganglions de la chaîne thoracique post. gros et nombreux.

3^o Histologiques : pas d'examen.

4^o Suites opératoires : fébriles, 39°. Meurt paraplégique, après 3 mois.

OBS. 19. — 45 ans.

Arguments. — 1^o Cliniques : cancer supéro-externe.

2^o Opératoires : le cancer est plus étendu qu'il ne paraissait.

3^o Histologiques : pas d'examen. Meurt de métastase rachidienne au 10^e mois.

OBS. 27. — 40 ans.

Arguments. — 1^o Cliniques : cancer supéro-externe.

2° Opératoires : ganglions hauts à la partie supérieure plexus brachial.

3° Histologiques : ganglions très dégénérés, carcinome avec nombreuses mitoses, peu de réaction conjonctive. Meurt au 7^e mois.

OBS. 15. — 52 ans.

Arguments. — 1° Cliniques : sont contradictoires, pas de ganglions perceptibles, aucune adhérence.

2° Opératoires : pas de ganglions notés.

3° Histologiques : pas d'examen. Meurt au bout de 7 mois de ?

OBS. 34. — 52 ans.

Arguments. — 1° Cliniques : grosse tumeur, volumineux ganglion.

2° Opératoires : du ganglion partout, énorme, très mauvaise impression (Dr J. QUÉNU).

3° Histologiques : épithélioma très infiltrant, ganglion complètement envahi, décédée au 3^e mois.

OBS. (ville). — 60 ans.

1° Cliniques : grosse tumeur, mauvais terrain, (malade obèse).

2° Opératoires : o.

3° Histologiques : o.

4° Suites lointaines, deuxième cancer du sein au bout de 5 mois. Meurt au bout d'un an.

OBS. 54. — 69 ans.

1° Cliniques : petite ulcération près du mamelon, réfraction du mamelon.

2° Opératoires : o.

3° Histologiques : o.

4° Suites opératoires : fébriles. Meurt au 11^e mois.

OBS. 34. — 45 ans.

Arguments. — 1^o Cliniques : cancer partie supérieure ; femme très grasse.

2^o Opératoires : très nombreux ganglions.

3^o Histologiques : carcinome doué d'une grande vitalité. Ganglion envahi. Meurt au 5^e mois.

OBS. 85. — 39 ans.

Arguments. — 1^o Cliniques : cancer grosseur d'une mandarine, phénomènes inflammatoires.

2^o Opératoires : gros paquet ganglionnaire.

3^o Histologiques : cancer très envahissant. Meurt au 8^e mois.

B. — ÉLÉMENTS DE BON PRONOSTIC CHEZ LES SURVIVANTES DES ANNÉES 1925, 1926 ET 1927.

Soit actuellement dans leurs 6^e et 7^e années.

OBS. — 1925, 45 ans,

Arguments. — 1^o Cliniques : contradictoires, grosse tumeur interne, prêt à s'ulcérer. Il existait depuis des années un petit noyau.

2^o Opératoires : 0.

3^o Histologiques : sarcome.

OBS. 5. — 54 ans, 1925.

Arguments. — 1^o Cliniques : cancer infectieux. Rétraction du mamelon, 3 petits ganglions. Arguments plutôt contradictoires.

2^o Opératoires : 0

3^o Histologiques : Pas d'examen.

OBS. 12. — 48 ans, 1925.

Arguments. — 1^o Cliniques : Gâteau pas très dur, en dehors du mamelon. Pas d'adhérence au G. Pect.

2^o Opératoires : Cas me semble favorable (Dr J. QUÉNU).

3^o Histologiques : Examen pas fait.

OBS. 14. — 1926, 70 ans.

Arguments. — 1^o Cliniques : o.

2^o Opératoires : petite tumeur avec une coque très dure. cartilagineuse.

3^o Histologiques : Epithéliome atypique.

OBS. 23. — 1926, 67 ans.

Arguments. — 1^o Cliniques : partie externe : gros ganglion.

2^o Opératoires : 1 gros ganglion bas situé.

3^o Histologiques : contraction. (Epithélioma très végétant).

OBS. 38. — 1927, 48 ans.

Arguments. — Cliniques : cancer sans adhérences cutanées Pas de ganglion axillaire.

2^o Opératoires : on émet des doutes sur la bénignité possible.

3^o Histologiques, néo (pas d'explication).

OBS. 44. — 1927, 46.

Arguments. — 1^o Cliniques. Pas de ganglion.

2^o Opératoires : ganglions semblant indécis.

3^o Histologiques : ganglions non envahis.

OBS. 32. — 1927, 55 ans.

Arguments. — 1^o Cliniques : externes. Pas d'adhérences cutanées, ganglions, mais dans les 2 aisselles.

2^o Opératoires : o.

3^o Histologiques : épithélioma squirrheux (réponse de la

biopsie 7^e jour avant), ganglion non envahi (réponse de l'intervention large).

OBS. 29. — 42 ans, 1927.

Arguments. — 1^o Cliniques : petit grain sur cicatrice, d'incision « d'adhérence dit bénin ».

2^o Opératoires : 0.

3^o Histologiques : contradictoires.

OBS. 41. — 65 ans, 1927.

Arguments. — 1^o Cliniques : petite tumeur. 1 ganglion de l'aisselle mais des 2 côtes.

2^o Opératoires : 0.

3^o Histologiques : C. glandulaire squirrheux.

CHAPITRE VIII

CANCERS BILATÉRAUX

Il nous reste à mentionner quelques points remarquables au cours de l'étude de ces 95 tumeurs malignes, au sujet des cancers bilatéraux du sein.

Nous n'avons pas vu de cancers bilatéraux simultanés. Les cas qu'on rapporte sont tous des cancers successifs.

Ils sont au nombre de 7 dans nos observations, soit 7,26 %. C'est une proportion très élevée. Seule, celle d'HARTMANN dans la thèse de DESSAINT s'en approche avec 6 %. Dans la littérature, on trouve des chiffres variables, mais toujours faibles :

GRÉGOIRE, 0,5 %.

LENORMANT, 0,8 %.

FRÉDET, 1,8 %.

DELBET, 3 %.

BAUMGARTNER, 0,3 %.

On en peut fixer la moyenne, dit DESSAINT, aux environs de 2 %.

Parmi nos malades une classification s'impose :

1^o Malades opérées des 2 côtés dans le service de Bon-Secours :

(Ob. 24, 39, 47, 71).

2^o Malades déjà opérées d'un côté quand elles se présentent pour la première fois dans le service. Pour celles-ci nous ne possédons aucun document clinique ou histologique sur la première tumeur :

(Obs. 14, 49).

3^o Malades non opérées du deuxième cancer, car lorsqu'on le constate il existe des métastases inopérables

(Obs. 16).

Voici les observations de ces 7 malades :

1^o Malades opérées des 2 côtés dans le service de Bon-Secours.

OBS. 24. — Déjà citée, page 83.

OBS. 39. — Déjà citée, page 66.

OBS. 47. — 53, gauche puis droit.

Examen clinique : tumeur du sein gauche, étalée, de la grandeur de la paume de la main, rétraction du mamelon, nombreux ganglions axillaires.

Intervention, février 1928. — Amputation large, avec curage axillaire.

Examen histologique : o.

Suites lointaines, août 1928 : tumeur du sein droit.

Deuxième intervention : amputation large et curage axillaire.

Suites lointaines : décédée en janvier 1930.

2^o Malades déjà opérées d'un côté quand elles se présentent à Bon-Secours.

OBS. 71. — Déjà citée, page 68.

OBS. 14. — Déjà citée, page 75.

OBS. 46. — 60 ans... Droit + gauche.

Examen clinique : femme coxalgique, obèse, opérée il y a trois ans d'un cancer du sein gauche ; cicatrice en bon état, tumeur du sein droit.

Intervention, février 1928 : incision exploratrice, c'est du cancer. Changement d'instruments ; amputation large, curage axillaire. Les ganglions ne semblent pas atteints.

Examen histologique : o.

Suites lointaines : bon état janvier 1932.

3^o Malade non opérée du deuxième cancer.

OBS. 16. — (droit).

Examen clinique : Début il y a 6 mois, tumeur mobile bien imitée, ganglions axillaires très durs.

Intervention, février 1926 : amputation large, curage axillaire.

Examen histologique : o.

Suites lointaines, novembre 1926 : récurrence ganglionnaire ; décembre 1926 : cancer du sein opposé. Mais intervention non pratiquée car signes de métastase rachidienne (douleurs), vérifiée par la radio ; envoyée au traitement radiothérapique ; mars 1927 : très améliorée, ne souffre plus ; février 1928 : paralysie oculaire du côté droit (II^e paire). Décédée début 1929.

Etude du premier cancer.

Il est apparu 4 fois à droite, 3 fois à gauche.

Cliniquement : pour les 4 malades du premier groupe il s'agissait les 4 fois de tumeurs volumineuses avec

nombreux ganglions. Pour les malades des groupes 2 et 3 de tumeurs sans caractères particuliers.

Histologiquement nous trouvons 4 épithéliomas atypiques ; (3 ex. manquent).

Etude du deuxième cancer.

Date d'apparition et pronostic d'après cette date.

Obs. 24, 3 mois : Décès au cours de la 2^e année.

Obs. 39, 9 mois : décès au cours du 12^e mois.

Obs. 47, 6 mois : décès au bout d'un an 11 mois.

Obs. 7, 12 mois (4 mois avant métastase axil.

du côté du nouveau cancer) : décès 1 an.

Obs. 14, 5 ans : bon état après 6 ans).

Obs. 46, 3 ans : bon état après 4 ans.

Obs. 16, 10 mois : (non réopérée) ; décès dans les 2 ans.

Ces résultats montrent la gravité du cancer bilatéral, lorsque la deuxième atteinte se fait avant 1 an. Peut-être y aurait-il lieu dans ces cas de parler de métastase. L'apparition dans cette première année, temps d'élection des essaimage, la gravité de l'évolution, propre des métastases précoces, autorisent cette supposition.

Par contre lorsque le 2^e cancer apparaît tardivement, il s'agirait de coïncidences (comparable à la coïncidence de cancer de l'utérus des obs. 33 et 95). On peut penser que c'est un autre cancer indépendant du 1^{er}.

Dès lors on voit l'évolution de ce cancer influencée par les éléments habituels de pronostic :

Obs. 14 : Age de la malade : 70 ans.

Obs. 46 : Ganglions non envahis.

Cliniquement le 2^e cancer a pris dans les 4 observations du groupe 1 la même allure que le premier.

Histologiquement : parmi les 4 cas du 1^{er} groupe l'ex. hist. du 2^e cancer n'a été fait qu'une fois : la nature histologique était la même dans les 2 cas.

TROISIÈME PARTIE

Ce pronostic peut-il être amélioré ?

Dans l'ignorance où nous sommes de la nature du cancer, est-il possible d'améliorer le pronostic de cette localisation particulièrement redoutable qu'est le cancer du sein ?

On peut l'essayer de 3 manières.

Par la clinique. — Diagnostic précoce.

Par la technique. — Intervention plus large.

Par l'association. — Radio-chirurgie.

Nous allons discuter successivement ces 3 points.

CHAPITRE PREMIER

PRÉCOCITÉ DU DIAGNOSTIC

1° L'importance de la précocité du diagnostic est actuellement si évidente qu'il est banal d'y insister.

Une intervention précoce donne un maximum de chance de survie à la malade. De même une réintervention pour récidives doit être toujours pratiquée sans tarder.

Le pronostic, des divers groupes de STEINTHAL, qui sont des groupes basés le plus souvent sur le temps d'évolution de la tumeur, le prouve suffisamment.

De même la progression des résultats de la Mayo-Clinic présentés par période.

En 1907, 40 %.

En 1910, 42 %.

En 1911, 53 % de survies après 3 ans.

Les auteurs eux-mêmes estiment que cette progression n'est pas due à l'amélioration de leur technique mais à ce que l'éducation des malades se fait et à ce qu'elles viennent consulter plus tôt.

C'est en effet dans ce sens de *propagande* auprès du

public, et d'instruction des médecins que doivent surtout porter les efforts.

Reconnaitre un cancer du sein lorsqu'on le voit pour la première fois est en règle facile. L'important est de voir ce cancer avant que son étendue ne fasse craindre une évolution défavorable.

CHAPITRE II

LA TECHNIQUE

C'est à la fin du XIX^e siècle que les techniques américaines de HALSTED et de Willy MEYER ont été divulguées en Europe, et accueillies par tous les chirurgiens.

GOSSET à la Société de Chirurgie de 1908 la mettait définitivement au point.

Cette question semblait donc définitive. Cependant, dans ces dernières années, elle vient d'être discutée à nouveau.

SCHOFFLER en 1930, présentant sa statistique qui est impressionnante (46 % de survie après 5 ans), conseille des exérèses cutanées beaucoup plus étendues. Il qualifie « d'effort maladif » l'essai d'obtenir une cicatrice de première intention.

DANIS de Bruxelles, propose des délabrements plus grands encore. A l'appui de sa technique il apporte ses résultats : 73 % de survie après 3 ans. Mais il s'agit d'un petit nombre de cas et lui-même se demande s'il a affaire à une série heureuse ou si l'exérèse élargie constitue un réel progrès.

Nous n'avons pas à juger ces diverses techniques. Leurs résultats ne seront appréciables que sur un

grand nombre de statistiques présentées par un grand nombre d'auteurs différents. Leurs inconvénients immédiats sont notables : désunion des sutures, sphacèle des greffes, convalescence interminable. Il faudrait pour trouver ces suites négligeables, amener des résultats remarquablement meilleurs. C'est ce qu'a fait DANIS. Mais la radiothérapie ne peut-elle, sur une plaie correctement suturée, élever de même et d'une façon moins pénible pour la malade, le taux de guérison ?

CHAPITRE III

L'ASSOCIATION RADIO-CHIRURGICALE

Nous n'avons à ce sujet que peu d'observations.

8 opérées seulement ont été irradiées.

4 sont actuellement en traitement.

Nous ne pourrions envisager les résultats éloignés que pour 4 malades. Ces 4 malades sont décédées rapidement après leurs Rayons X. Cela ne doit en rien nous faire considérer ce traitement comme inefficace ou nocif. Nos cas sont trop peu nombreux pour nous permettre la moindre conclusion.

Nous ne rapportons pas ici les observations car le plus grand nombre sont déjà citées au chapitre « récidives, éléments de pronostic ou cancers bilatéraux. » Il s'agit des :

Obs. 16, 45, 65, 67, 71, 72 et 81.

Le rôle améliorant des Rayons X est au contraire attesté par un grand nombre de statistiques documentées.

L'histoire de la radiothérapie du cancer du sein a passé par 3 phases :

Dans une première période les résultats semblaient satisfaisants. En 1907 BÉCLÈRE montrait sans aucun

doute l'efficacité de la Roentgenthérapie : on disposait à ce moment de moyens d'action peu perfectionnés : rayons moyennement pénétrants, faiblement filtrés, dont les foyers d'émission étaient assez rapprochés de la peau.

Dans une deuxième période (de 1912 à 1920 environ) la technique de la roentgenthérapie fut profondément améliorée. On arrivait à obtenir des rayons beaucoup plus pénétrants, à faire des doses beaucoup plus fortes.

Logiquement les radiothérapeutes, et surtout les Allemands, ont pensé que des résultats légèrement améliorés par des doses faibles le seraient considérablement par des doses maxima.

Ce fut dès lors la dose maxima dans le minimum de temps. On sait que cette thérapeutique, appliquée au cancer du sein, a entraîné des catastrophes. Les récidives devinrent plus fréquentes et plus rapides. PERTHES, qui est un des premiers à avoir vu le danger d'une telle méthode, constate 45 % de récidives dans la première année. FORSELL 51 %. Le taux de mortalité s'éleva rapidement.

Dans une troisième période (période actuelle) on revint aux anciennes méthodes qui se révélaient les meilleures. On refit et on refait encore des doses modérées étalées sur de nombreuses séances. C'est à BÉCLÈRE dont l'avis fait toujours foi en matière de radiothérapie que l'on doit, en France, l'application de cette méthode qu'il a eu l'intuition de ne jamais abandonner même quand les radiothérapeutes préconisaient les fortes doses.

On comprend qu'à chacune de ses périodes la radiothérapie du cancer du sein ait eu des défenseurs et des détracteurs convaincus. Si bien qu'il n'est guère de sujets ayant donné en apparence des résultats plus contradictoires.

Actuellement on emploie surtout la technique de la radiothérapie post-opératoire soit d'emblée soit seulement à l'apparition des récidives.

Voici quelques statistiques montrant très nettement un progrès thérapeutique.

1° ANSCHUTZ et HELLMANN.

Survies	Cas irradiés	Cas non irradiés
Après 3 ans	60,4 %	44,4 %
Après 5 ans	44,4 %	35,5 %

2° FORSELL (statistique présentée par Dr LARSEN et LYSHOLM, 1922).

Survies	Cas irradiés	Cas non irradiés
Après 3 ans	82 %	33 %

3° PORTMANN (1930).

Survies	Cas irradiés	Cas non irradiés
Après 3 ans	45 %	35 %

Mais il ne semble pas que tous les cas en bloc doivent être traités par les radiations ; les « bons cas », c'est-à-dire ceux où les ganglions axillaires ne sont pas atteints, ne voient pas leurs résultats déjà satisfaisants s'améliorer considérablement par ce nouveau traitement.

Au contraire les « mauvais cas » verraient par l'association radio-chirurgicale leur pourcentage de guérison augmenter nettement.

La statistique de EVANS W. A. et LEUCUTIA le prouve :

Survies des bons cas	Radio-chirurgie	Chirurgie
Après 3 ans.....	76,47 %	75 %
Après 5 ans.....	70,59 %	62 %
Survies des mauvais cas	Radio-chirurgie	Chirurgie
Après 3 ans.....	62,22 %	52,63 %
Après 5 ans.....	46,66 %	36,39 %

De même la statistique de ANSCHUTZ et HELLMANN.

Survie des bons cas	Radio-chirurgie	Chirurgie
Après 3 ans.....	100 %	100 %
Survie des mauvais cas	Radio-chirurgie	Chirurgie
Après 3 ans.....	71,7 %	50 %

Une note pratique découle de l'analyse de ces statistiques : seule l'irradiation des cancers propagés aux ganglions axillaires semble intéressante.

C'est la pratique actuellement mise en vigueur dans le service de Bon-Secours.

OBSERVATIONS

Toutes nos observations sont inédites.

Elles concernent toutes des femmes, à l'exception du n° 32.

Un grand nombre ont été citées dans le texte : nous ne les reproduirons pas ici mais renverrons au chapitre où elles ont été analysées.

Le deuxième numéro est celui du registre de l'hôpital Bon-Secours.

Obs. 1 (16). — 45 ans (gauche).

Examen clinique : une grosse tumeur irrégulière avec un point prêt à s'ulcérer. Quadrant supéro-interne. Un ganglion axillaire. Il existait depuis longtemps une tumeur plus petite.

Intervention : amputation large, avec curage axillaire.

Examen histologique : dégénérescence sarcomateuse d'un adénome du sein (M. VERLIAC).

Suites lointaines : bon état février 1932.

Obs. 2. — Voir page 90.

Obs. 3 (151) — 64 ans (droit).

Examen clinique : deux nodules, un inféro-externe, avec peau adhérente et ecchymotique, un inféro-interne.

Intervention : amputation large avec curage axillaire.

Examen histologique : 0.

Suites lointaines : décédée septembre 1923. Métastase axillaire.

OBS. 4. — Voir page 56.

OBS. 5. — Voir page 37.

OBS. 6. — Voir page 26.

OBS. 7 (373). — 59 ans (gauche).

Examen clinique : ganglions axillaires gros et indurés.

Intervention, juin 1925 : amputation large, curage de l'aiselle (très nombreux ganglions).

Examen histologique : 0.

Suites lointaines : récurrence cutanée et ganglionnaire en octobre 1925. Décès février 1927.

OBS. 8 (488). — 50 ans (gauche).

Examen clinique : une tumeur dans le sein gauche ; depuis un mois quelques ganglions axillaires.

Un gros ganglion sus-claviculaire gauche.

Intervention, août 1925.

1° Amputation large avec curage axillaire ;

2° Incision sus-claviculaire pour ablation d'un ganglion gros comme une noisette.

Examen histologique : épithélioma cylindrique ; ganglion sus-claviculaire, envahi par la tumeur (M. VERLIAC).

Suites lointaines : récidives cutanées, septembre 1928. Décédée en septembre 1929.

OBS. 9 (562). — 35 ans (droit).

Examen clinique : masse dans l'aiselle droite, douloureuse, domine le tableau clinique. Dans quadrant supéro-externe du sein, une petite tumeur indurée.

Première intervention, octobre 1925 : un prélèvement pour biopsie du ganglion axillaire.

Examen histologique : épithélioma cylindrique, très actif (M. VERLIAC).

Deuxième intervention, novembre 1925 : amputation large et curage ganglionnaire.

Suites lointaines : récidives cutanées, octobre 1926.

Troisième intervention, novembre 1926 : ablation des nodules cutanés ; décédée en juin 1927.

OBS. 10 (705). — 60 ans (droit).

Examen clinique : quadrant supéro-interne, rétraction du mamelon, pas de ganglion axillaire

Intervention, décembre 1925. — Amputation large, curage ganglionnaire (ganglions indurés et suspects à l'intervention).

Examen histologique : o.

Suites lointaines : bon état jusqu'en avril 1929 ; décédée août 1931 de cancer généralisé.

OBS. 11 (737). — 45 ans (gauche).

Examen clinique : gros néoplasme, petite adénopathie.

Intervention, décembre 1925. — Amputation large avec curage axillaire.

Examen histologique : o.

Suites lointaines : décédée en mai 1929 : Cancer du foie.

OBS. 12. — Voir page 37.

OBS. 13. — 69 ans.

Examen clinique : pas de renseignement.

Intervention chirurgicale, octobre 1925. — Amputation large avec curage axillaire.

Examen histologique : o.

Suites lointaines : décès en mai 1926 avec nodules cutanés de récidives.

ANNÉE 1926.

OBS. 14. — Voir page 75.

OBS. 15 (781). — 52 ans (droit).

Examen clinique : tumeur partie externe du sein, mobile, pas de ganglions axillaires. Début il y a 5 mois.

Intervention en janvier 1926. — Amputation large et curage axillaire. Pas de ganglions.

Examen histologique : 0.

Suites lointaines ; est restée très fatiguée après son opération, n'a pu reprendre son travail, meurt en juillet 1926.

OBS. 16. — Voir page 102.

OBS. 17 (870). — 30 ans (droit).

Examen clinique : pas de renseignements.

Intervention. — Amputation large et curage ganglionnaire (on s'est décidé à cette thérapeutique après avoir fait une incision sous-mammaire exploratrice et vu que la tumeur était manifestement maligne).

Examen histologique : 0.

Suites lointaines, mars 1928 : métastase ganglionnaire ; octobre 1928 céphalée ; l'examen fait soupçonner une métastase cérébrale. mais rien de concluant. Décédée en décembre 1930.

OBS. 18 (876). — D., 51 ans (gauche).

Examen clinique ; quadrant supéro-externe, légère adhérence à la peau, pas d'adhérence au plan profond, deux gros ganglions axillaires, rétraction du mamelon (des deux côtés) Père, mère et sœur morts de cancer.

Intervention, mars 1926. — Amputation large avec grande exérèse cutanée avec ablation des deux pectoraux y compris le chef claviculaire du Grand ; curage axillaire.

Examen histologique : épithélioma glandulaire, très végétant (Laboratoire du Dr AMEUILLE).

Suites lointaines, mars 1929 : métastase au niveau de l'ischion dans sa partie juxta-cotyloïdienne vérifiée par la radio. Décédée en avril 1929.

Obs. 19 (891). — 45 ans (gauche).

Examen clinique : supéro-externe, adhérence à la peau, pas d'adhérence au plan profond, un ganglion axillaire.

Intervention, mars 1926. — Amputation large et curage axillaire (on note que la tumeur est beaucoup plus grosse qu'on ne le pensait).

Suites lointaines, octobre 1926 : métastase rachidienne ; traitement radio-thérapeutique. Décédée en janvier 1927.

Obs 20. — Voir page 26.

Obs. 21 (1056). — 41 ans, gauche.

Examen clinique : kyste du sein, pas de ganglion ; tumeur grosse comme une petite noix.

Intervention. — Excision du kyste par voie sous-mammaire (mai 26).

Examen histologique : les glandes adénomateuses répandent leur cellule dans le stroma d'une façon qui me paraît néoplasique (M. VERLIAC).

Deuxième intervention, juin 1926 (Dr OBERLIN) : amputation large et curage axillaire.

Suites lointaines : kystes du sein droit, décembre 1928.

* Troisième intervention, décembre 1928 : ablation du kyste par voie sous-mammaire.

Examen histologique : maladie kystique de RECLUS sans transformation maligne (M. LETULLE).

Suites lointaines : en bon état en avril 1932.

Obs. 22. — Voir page 65.

OBS 23 (1109). — 67 ans (gauche).

Examen clinique : tumeur partie externe ; un gros ganglion axillaire.

Intervention, août 1926 : amputation large avec curage axillaire (le ganglion est gros comme un œuf de pigeon).

Examen histologique : épithélioma cylindrique (M. OLIVIERO).

Suites lointaines : en avril 1931 : ablation d'une petite verrue du cou, existait auparavant mais a grossi dans les derniers temps.

Examen histologique : calcérisation (épith. tubulé basocellulaire) d'une tumeur habituellement bénigne.

Bon état en janvier 1932.

OBS. 24. — Voir page 83.

OBS. 25. — Voir page 51.

OBS. 26 (1191). — 68 ans, gauche.

Examen clinique : tumeur de la partie supérieure, pas d'adhérence à la peau ni aux plans profonds, un ganglion axillaire.

Intervention, septembre 1926 : amputation large, avec curage axillaire.

Examen histologique : épithélioma atypique (M. VERLIAC).

Suites lointaines, novembre 1926 : récidives axillaires (?) ; décembre 1930, métastase pulmonaire ; décédée en décembre 1931.

OBS. 27 (1221). — 40 ans (gauche).

Examen clinique : quadrant supéro-externe.

Intervention : large avec curage axillaire.

Examen histologique : carcinome végétant, ganglions envahis (M. VERLIAC).

Suites lointaines : décédée avril 1927. Comment ?

OBS. 28 (1361). — 57 ans (gauche).

Examen clinique : squirre atrophique avec gros ganglions axillaires.

Intervention, novembre 1926 : amputation large, curage axillaire (mauvaise impression. D^r QUÉNU).

Examen histologique : épithélioma squirreux avec grande activité cellulaire, ganglions largement envahis (M. VERLIAC).

Suites lointaines, octobre 1927 : peut-être signes de métastase pulmonaire : toux continuelle, amaigrissement ; à la radio : ombre hilare anormalement visible, donc rien de concluant.

Décédée en février 1929 de congestion pulmonaire presque subitement. Néo du poumon ?

ANNÉE 1927

OBS. 29 (1468). — 42 ans (droit).

Examen clinique : opérée il y a 6 mois d'une tumeur diagnostiquée : adénome ; à l'examen petit grain induré à 1 cm. de la cicatrice, ganglions axillaires douteux.

Intervention, janvier 1927 : Amputation large avec curage axillaire.

Examen histologique : épithélioma très végétant (M. VERLIAC).

Suites lointaines, février 1932 : très bon état général et local.

OBS. 30 (1542). — 51 ans (gauche).

Examen clinique : tumeur d'un lobe mammaire aberrant.

Intervention, février 1927 : amputation large de la tumeur et du sein, curage axillaire.

Examen histologique : épithélioma atypique, ganglions envahis (M. VERLIAC).

Suites lointaines, mars 1928 : récidence axillaire et sus-claviculaire. Décédée janvier 1928.

Obs. 31 (1561). — 57 ans (gauche).

Examen clinique : tumeur adhérente à la peau, quadrant inféro-interne, ganglions de l'aisselle.

Intervention, février 1927 : amputation large, avec curage axillaire.

Examen histologique : o.

Suites lointaines : décédée janvier 1930.

Obs. 32 (1644). — M. M..., 55 ans (gauche).

Examen clinique : inféro-externe, tumeur suspecte ; ganglions axillaires mais bi-latéraux.

Première intervention mars 1927 : Excision de la tumeur.

Examen histologique : épithélioma squirrheux (M. VERLIAC).

Deuxième intervention : amputation large et curage axillaire.

Examen histologique des ganglions : ne sont pas envahis.

Suites lointaines : bon état général et local en janvier 1932.

Obs. 33. (1712). — 61 ans (gauche).

Examen clinique : pas de renseignement.

Intervention, avril 1927 : amputation large avec curage axillaire.

Examen histologique : épithélioma atypique, ganglions, non envahis (M. VERLIAC).

Suites lointaines : décédée en octobre 1929 de cancer de l'utérus.

Obs. 34 (1745). — 52 ans (gauche).

Examen clinique : grosse tumeur adhérente au G. P. avec volumineux ganglions axillaires.

Intervention, mai 1927 : amputation large, curage axillaire (très mauvaise forme récidivera rapidement et sûrement D^r QUÉNU).

Examen histologique : épithélioma infiltré en large nappe cellulaire, ganglions complètement envahis (M. VERLIAC).

Suites lointaines : décédée en août 1927.

OBS. 35 — Voir page 70.

OBS. 36 — Voir page 36.

OBS. 37. — Voir page 65.

OBS. 38. — Voir page 67.

OBS. 39. — Voir page 66.

OBS. 40. (2206). — 52 ans (gauche).

Examen clinique : volumineuse tumeur, largement adhérente à la peau, mamelon rétracté, nombreux ganglions axillaires.

Intervention, novembre 1927 : amputation large et curage axillaire (nombreux ganglions).

Examen histologique : o.

Suites lointaines juillet 1928 : ablation de récidue cutanée et axillaire. Décédée en mai 1929.

OBS. 41. — Voir page 67.

OBS. 42 (2288). — 41 ans (droit).

Examen clinique : début il y a un an, quadrant supéro-interne, tumeur mobile, sur les plans profonds, légèrement adhérente à la peau, douloureuse ; quelques ganglions axillaires ; à la ponction pas de liquide et on a l'impression de traverser une masse très dure.

Intervention, octobre 1927 : incision sur la tumeur : c'est du cancer. Changement d'instruments et amputation large avec curage axillaire.

Examen histologique : pas fait.

Suites lointaines : décédée en septembre 1930. (Bon état jusqu'en mai 1929).

OBS. 43 (2143). — 35 ans (droit).

Examen clinique : malade a subi il y a 2 mois l'ablation d'une petite tumeur supéro-interne pour biopsie (dans un autre hôpital), la biopsie est positive.

Intervention, octobre 1927 : ablation large et curage axillaire.

Examen histologique : o.

Suites lointaines : décédée, mai 1929.

OBS. 44. — Voir page 67.

OBS. 45 (2288). — 58 ans (gauche).

Examen clinique : pas de renseignements.

Première intervention, décembre 1927 : amputation large avec curage axillaire.

Examen histologique : cancer d'origine galactophor. Ganglion totalement envahi (M. VERLIAC).

Suites lointaines, avril 1928 : 1 gros ganglion sus-claviculaire.

Deuxième intervention : curage sus-claviculaire.

Traitement radiothérapique (8 séances).

Décès 2 mois après la terminaison du traitement.

ANNÉE 1928.

OBS. 46. — Voir page 38.

OBS. 47. — Voir page 101.

OBS. 48 (2531). — 41 ans (gauche).

Examen clinique : cancer du sein chez une tuberculeuse pulmonaire.

Intervention, avril 1928 : amputation large et curage axillaire.

Examen histologique : épithélioma squirreux ; ganglions envahis (M. LETULLE).

Suites lointaines : Bon état 1931.

OBS. 49. — Voir page 70.

OBS. 50. — Voir page 26.

OBS. 51 (2639). — 58 ans (gauche).

Examen clinique : malade opérée il y a un an d'un nodule du sein, qui a été déclaré bénin par un pharmacien de quartier, Actuellement nodule de la cicatrice et ganglion induré.

Intervention, juin 1928 : amputation large et curage axillaire.

Examen histologique : Cancer atypique ; ganglions envahis (M. LETULLE).

Suites lointaines : bon état en janvier 1932.

OBS. 52. — Voir page 38.

OBS. 53 (2863). — 54 ans (gauche).

Examen clinique : Quadrant supéro-externe, peau adhérente et ulcérée depuis 2 ans, volumineuse masse axillaire. Pas d'adhérences aux plans profonds.

Intervention, septembre 1928 : amputation large et curage axillaire.

Examen histologique : o.

Suites lointaines : décès en janvier 1931 de cancer du foie

OBS. 54. — Voir page 90.

OBS. 55. — Voir page 27.

OBS. 56 (2971). — 47 ans (droit).

Examen clinique : tumeur, quadrant supéro-externe, mobile sur les plans profonds : ganglion axillaire.

Intervention, novembre 1928 : incision exploratrice, c'est du néo. Changement d'instruments, amputation large avec curage axillaire.

Examen histologique : transformation cancéreuse d'une mammite ; ganglion non envahi (M. LETULLE).

Suites lointaines, décembre 1931 : bon état (a eu un œdème passager d'un membre supérieur deux mois après l'intervention ; cet œdème a totalement disparu).

OBS. 57 (2986). — 63 ans (gauche).

Examen clinique : tumeur partie interne du sein, ulcération d'un cm² environ, ganglions axillaires.

Intervention, novembre 1928 : amputation large, curage axillaire.

Examen histologique : cancer glandulaire, ganglions envahis en totalité (M. LETULLE).

Suites opératoires : fébriles 38°.

Suites lointaines : bon état, janvier 1932.

ANNÉE 1929.

OBS. 58 (3084). — 63 ans (gauche).

Examen clinique : Tumeur quadrant supéro-externe ; pas d'adénopathie axillaire.

Intervention, janvier 1929 : amputation large avec curage axillaire : petit cancer bien limité, bon cas, D^r QUÉNU

Examen histologique : carcinome glandulaire squirreux (M. LETULLE).

Suites lointaines : bon état, janvier 1932.

OBS. 59 (7126). — 48 ans (droit).

Examen clinique : tumeur douloureuse, partie interne ; adhérent à la peau ; pas d'adhérence aux plans profonds, volumineux ganglions axillaires.

Intervention, février 1929 : amputation large, curage axillaire, ganglions nombreux et très postérieurs, mauvaise forme, D^r QUÉNU.

Examen histologique : Carcinome glandulaire, ganglions envahis (M. LETULLE).

Suites lointaines, décembre 1931 ; douleurs thoraciques très violentes, frôlement de la cicatrice très douloureux. Une radiographie du thorax ne montre rien d'anormal ; mars 1932 les douleurs ont cédé à un traitement banal. Bon état.

OBS. 60 (3182). — Voir page 91.

OBS. 61 (3232). — 53 ans (droit).

Examen clinique : pas de renseignements.

Intervention chirurgicale, avril 1929 : amputation large et curage axillaire.

Examen histologique : carcinome glandulaire squirreux (M. LETULLE).

Suites lointaines : bon état en janvier 1932.

OBS. 62 (3244). — 50 ans (droit).

Examen clinique : grosse tumeur occupant toute la partie externe du sein, légère adhérence à la peau, rétraction du mamelon, pas de ganglions perceptibles.

La malade tousse depuis un mois, radiographie pulmonaire négative.

Un mois après revient à la consultation, gros ganglions de l'aisselle.

Intervention, avril 1929 : amputation large et curage axillaire.

Examen histologique : épithélioma atypique, ganglions envahis (M. LETULLE).

Suites opératoires : fébriles ; point de côté 24^e jour.

Deuxième intervention 34^e jour : greffe ; trois jours après le lever : phlébite. Sort au 57^e jour.

Suites lointaines, mai 1929 : greffe dermo-épidermique en godet à cause d'une désunion.

Mai 1930, croûte au niveau de la zone qui a été désunie.

Janvier 1932 : Bon état, mais la croûte persiste.

OBS. 63 (3248). — 72 ans (droit).

Examen clinique : tuméfaction du sein apparue il y a quelques jours ; dans le quadrant supéro-externe une tumeur du volume d'une mandarine, adhérente à la peau. Pas d'adénopathie.

Intervention chirurgicale, avril 1929 : amputation large et curage axillaire.

Examen histologique : épithélioma atypique (M. LETULLE).

Suites lointaines, janvier 1932 : Bon état mais un ganglion axillaire droit, malade surveillée.

OBS. 64. — Voir page 53.

OBS. 65 (3326). — 70 ans (gauche).

Examen clinique : squirre, un ganglion de l'aisselle.

Intervention, mai 1929 : amputation large curage axillaire ; on a conservé le petit pectoral.

Examen histologique : carcinome atypique d'une grande malignité (M. LETULLE).

Suites lointaines, décembre 1931 : cicatrice parfaite mais existence de ganglions très indurés du creux sus-claviculaire gauche : leur étendue est telle que l'exérèse est inutile. Douleur thoracique, œdème du bras. Envoyée au traitement radiographique (malade suivie).

OBS. 66 (3562). — 42 ans (gauche).

Examen clinique : partie externe, pas d'autre renseignement.

Intervention, octobre 1929 : amputation large, curage axillaire (nombreux ganglions).

Examen histologique : cancer glandulaire, ganglion envahi.

Suites lointaines, en juin 1930 : signes discrets de métastase rachidienne ; on conseille la radiothérapie ; la malade refuse. Décédée en mai 1931.

OBS. 67 (3516). — 43 ans (droit).

Examen clinique : malade suivie à B. S. depuis novembre 1927 ; vue tous les 2 mois pour une tumeur du sein diagnostiquée bénigne. Actuellement, depuis quelques jours, écoulement de sang par le mamelon : petite nodosité du quadrant supéro-interne.

Première intervention, octobre 1929 : excision de la tumeur.

Examen histologique : cancer glandulaire atypique, en voie de fonte colloïde (M. LETULLE).

Deuxième intervention, 5 jours après : amputation large, curage ganglionnaire.

Suites lointaines : Bon état, mai 1932.

OBS. 68 (3575). — 36 ans (droit).

Examen clinique : quadrant supéro-externe ; pas d'adénopathie axillaire.

Intervention, novembre 1929 : amputation large et curage axillaire.

Examen histologique : Carcinome glandulaire squirreux. (M. LETULLE).

Suites lointaines : phlegmon de la région sacrée soigné par vaccin et propidon ; sort au 30^e jour, guérie ; bon état, janvier 1932.

OBS. 69 (3607). — 62 ans (droit).

Examen clinique : quadrant supéro-externe ; adhérence à la peau et au grand pectoral. Empâtement du creux axillaire.

Intervention, novembre 1929 ; examen histologique : carcinome glandulaire, ganglion envahi (M. LETULLE).

Suites lointaines : Bon état février 1932.

ANNÉE 1930.

OBS. 70 (3815). — 35 ans (gauche).

Examen clinique : quadrant supéro-interne ; début 6 semaines, tumeur douloureuse, adénopathie discrète.

Intervention chirurgicale : amputation large avec curage axillaire.

Examen histologique : épithélioma atypique (M. LETULLE).

Suites lointaines, janvier 1932 : Bon état.

OBS. 71. — Voir page 68.

OBS : 72 (ville). — 48 ans (gauche).

Examen clinique : deux noyaux dans le sein, un inféro-externe, un inféro-interne ; un gros ganglion axillaire.

Première intervention : Incision exploratrice ; c'est du néo ; changement d'instruments, amputation large et curage axillaire.

Examen histologique : épithélioma atypique. ganglions envahis (M. RIBEREAU).

Radiothérapie préventive sur le sus-claviculaire gauche (10 séances).

Suites lointaines, avril 1931 : récidives cutanées à 2 cm. en dehors de la partie moyenne de la cicatrice.

Deuxième intervention : excision elliptique de ce noyau.

Examen histologique : épithélioma atypique (M. LAVEDAN).

Suites lointaines :

Troisième intervention décembre 1931 : 2 nodules à distance, 1 en dehors ; 1 dans l'aisselle.

Avril 1932, épanchement pleural, ponction 800 cmc : induration ligneuse de toute la cicatrice et de toute la région environnante ; petit nodule sous-cutané de la région pectorale droite. Mort subite quelques jours après.

Obs. 73 (3880). — 41 ans (gauche).

Examen clinique : cancer total.

Intervention avril 1930 : amputation large, curage axillaire.

Examen histologique : sein atteint de mammite chronique, atrophique ; pas de cancer ; ganglion envahi et détruit par un cancer d'origine glandulaire (M. LETULLE).

Suites lointaines, octobre 1930 : récidives cutanées.

Deuxième intervention, décembre 1930 : ablation de nodule cutané et d'un ganglion axillaire.

Examen histologique : carcinome glandulaire (M. LETULLE).

Mai 1921, nouvelle récidive.

Troisième intervention, mai 1921 : ablation de 2 noyaux cicatriciels.

Examen histologique : épithélioma atypique (M. LAVEDAN).

Juin 1931, fracture spontanée du col du fémur ; début 1932, plusieurs fractures spontanées ; décédée en avril 1932.

OBS. 74 (3885). — 76 ans (droit).

Examen clinique : début il y a 5 mois, quadrant supéro-externe.

Intervention, avril 1930 : amputation large et curage axillaire.

Examen histologique : cancer atypique, ganglion envahi (M. LETULLE).

Suites lointaines : bon état janvier 1932.

OBS. 75 (3942). — 62 ans (gauche).

Examen clinique : cancer central ; début depuis 7 mois ; rétraction du mamelon ; masse ganglionnaire énorme.

Intervention, mai 1930 : amputation large et curage axillaire.

Examen histologique : cancer atypique (M. LETULLE).

Suite lointaine :

Deuxième intervention : Ablation de 2 nodules cutanés ; une radiographie du thorax montre une métastase médiastinale. Juin 1931 : douleurs entraînant l'insomnie. Décédée en septembre 1931.

OBS. 76 (3971). — 78 ans (droit).

Examen clinique, depuis deux ans : tumeur volumineuse sur le point de s'ulcérer. Nombreux ganglions axillaires.

Intervention, mai 1930 : Opération de propreté.

Examen histologique : o.

Suites lointaines : décédée en octobre 1931.

OBS. 77 (4033). — 64 ans (droit).

Examen clinique : début il y a 1 an 1/2 ; tumeurs multiples, 1 quadrant supéro-interne (ponction ramène liquide absinthé) 1 quadrant inféro-interne (ponction bl.), ganglions axillaires.

Intervention, juin 1938 : amputation large et curage axillaire (on respecte la P. P.). Tumeur supérieure kystique. Tumeur inférieure très dure (au Laborat).

Examen histologique : carcinome glandulaire atypique (M. LETULLE).

Suites lointaines : Bon état, février 1932.

OBS. 78 (4036). — 39 ans (gauche).

Examen clinique : quadrant supéro-externe, adhère à la peau, un ganglion axillaire.

Intervention, juin 1930.

Examen histologique : cancer squirreux (M. LETULLE).

Suites lointaines, février 1932 : métastase cutanée à distance de la cicatrice. Malade en traitement.

OBS. 79 (4389). — 45 ans (gauche).

Examen clinique : quadrant supéro-externe, petite tumeur, grosse adénopathie.

Intervention, décembre 1930 : amputation large et curage axillaire.

Examen histologique : carcinome glandulaire (M. LETULLE).

Suites lointaines, mars 1932 : très bon état.

OBS. 80 (4228). — 37 ans (gauche).

Examen clinique : Tumeur partie externe, rétraction du mamelon, mobilité sur les plans profonds ; un ganglion axillaire.

Intervention, octobre 1930 : amputation large et curage axillaire.

Examen histologique : carcinome glandulaire atypique (M. LETULLE).

Suites lointaines : bon état, février 1932.

OBS. 81 (4241). — 61 ans (gauche).

Examen clinique : tumeur partie inférieure, début 4 mois ; rétraction du mamelon ; un gros ganglion axillaire.

Intervention, octobre 1930 : amputation large et curage axillaire.

Examen histologique : carcinome glandulaire envahissant (M. LETULLE).

Suites lointaines, janvier 1931 : bon état ; a eu 10 séances de Rayons X. Décembre 1931 : récurrence sternale gauche, récurrence axillaire droite et sus-claviculaire droite. Nouveau traitement radiothérapique (18 séances). Mars 1932, nombreux nodules cutanés au bord interne de la cicatrice.

OBS. 82 (4255). — 50 ans (droit).

Examen clinique : tumeur quadrant supéro-externe, début il y a 6 mois (traumatisme ?) ; pas d'adénopathie.

Intervention, octobre 1930 : amputation large et curage axillaire.

Examen histologique : carcinome squirreux (M. LETULLE).

Suites lointaines, décembre 1931 : se plaint de douleurs violentes ; à l'examen bascule de l'omoplate.

OBS. 83 (4286). — 61 ans (droit).

Examen clinique : quadrant supéro-interne : pas d'adénopathie perceptible, petit ganglion sus-claviculaire droit ; malade tuberculeuse.

Intervention, novembre 1930 : 1^o amputation large avec curage axillaire ; 2^o incision sus claviculaire et ablation de 3 petits ganglions noirs situés en dehors du sterno-cléido-mastoïdien.

Examen histologique : Cancer atypique du sein ; ganglion non envahi mais tuberculeux (M. LETULLE).

Suites lointaines, février 1932 : bon état.

OBS. 84 (4383). — 71 ans (gauche).

Examen clinique : début il y a plusieurs années, tumeur ulcérée depuis juin 1930, opération de propreté. Pas de ganglions perceptibles.

Intervention, décembre 1930 : amputation du sein, pas de curage.

Examen histologique : cancer colloïde (M. LETULLE).

Suites lointaines : bon état janvier 1932.

ANNÉE 1931.

Obs. 85 (4424). — 39 ans (gauche).

Examen clinique : tumeur partie externe ; gros ganglions axillaires ; depuis 4 jours sein devenu plus volumineux, rouge et douloureux.

Intervention, janvier 1931 : amputation large et curage axillaire.

Examen histologique : carcinome glandulaire très envahissant (M. LETULLE).

Suites lointaines, mai 1931 : métastase sternale ; juin 1931, a craché du sang. Admission ; décédée dans un accès de suffocation quelques jours après.

Autopsie : sur la face antérieure du sternum masse de près de 1 cm. de haut, dure, criant sous le couteau, étendue de la première à la sixième côte. Face postérieure du sternum masse adhérente à la face antérieure du péricarde.

Poumons : pas de métastase. Cœur normal ; trachée et œsophage sont compris dans une masse néoplasique qui repousse à droite la bifurcation trachéale ; gros ganglions latéro-trachéaux gauches. Foie : pas de métastase ; vésicule biliaire 27 petits calculs.

Examen histologique :

- 1° Fragment de la masse pré-sternale ;
- 2° Fragment de la masse rétro-sternale ;
- 3° Ganglion au niveau de la bifurcation trachéale ;
- 4° Fragment d'une masse latéro-œsophagienne ;
- 5° Fragment d'une masse rétro-œsophagienne adhérent fortement au plan vertébral.

Tous les prélèvements montrent un envahissement par un épithélioma (M. LAVEDAN).

Obs. 86 (4399). — Voir page 38.

Obs. 87 (4622). — 44 ans (gauche).

Examen clinique : Début il y a 6 mois, tumeur ulcérée inféro-externe, rétraction du mamelon, 1 ganglion axillaire.

Intervention, mai 1931 : amputation large et curage axillaire.

Examen histologique : épithélioma atypique (M. LAVEDAN).

Suites lointaines : récidives cutanées, avril 1932.

Obs. 88 (4658). — 53 ans (gauche).

Examen clinique : quadrant inféro-interne ; a été irradiée par M. A. BÉCLÈRE, pour cette tumeur.

Intervention, mai 1931 : amputation large, curage axillaire.

Examen histologique : épithélioma atypique, ganglions envahis (M. LAVEDAN).

Suites lointaines, décembre 1931 : bon état mais induration légère au sommet du creux de l'aisselle.

Obs. 89 (4746). — 56 ans (droit).

Examen clinique : début il y a 8 jours, tumeur avec petites zones d'adhérences cutanées ; nombreux ganglions axillaires.

Intervention août 1931 : amputation large et curage axillaire.

Examen histologique : cancer atypique, ganglion envahi en totalité (M. LAVEDAN).

Suites lointaines : bon état ; mars 1932.

Obs. 90 (4826). — 57 ans (droit).

Examen clinique : quadrant inféro-externe, adhérence cutanée, rétraction du mamelon ; 3 ou 4 ganglions axillaires.

Intervention, septembre 1931 : amputation large et curage axillaire.

Examen histologique : adéno-carcinome, ganglion envahi (M. LAVEDAN).

Suites lointaines :

Deuxième intervention : décembre 1931, ablation de 2 nodules de récidence au niveau de l'omoplate.

Examen histologique : même caractère que plus haut. Mars 1932, nouvelle récidence cutanée, en traitement.

Obs. 91 (4867). — (droit).

Examen clinique : vient pour douleurs violentes dans le sein. Opérée à ce niveau il y a 15 ans et une deuxième fois il y a 7 ans. Actuellement : rétraction du mamelon, cicatrice rouge, avec nodules durs ; plaque indurée de l'aisselle.

Intervention, octobre 1931 : la masse principale siège en pleine aisselle ; grande difficulté opératoire, aisselle farcie de ganglions ; on fait sciemment une opération de propreté.

Examen histologique : épithélioma atypique, 2 ganglions envahis (M. LAVEDAN).

Suites lointaines : décédée en février 1932.

Obs. 92. (4924). — 69 ans (droit).

Examen clinique : début il y a un an ; tumeur douloureuse depuis 2 mois ; la consistance de la tumeur est irrégulière, cartilagineuse en certains points.

Intervention, novembre 1931 : amputation large et curage axillaire.

Examen histologique : épithélioma endocrinien, muqueux de faible malignité, ganglion non envahi (M. LAVEDAN).

Suites lointaines : bon état, avril 1932.

Obs. 93 — (4937). — 50 ans (droit).

Examen clinique : quadrant supéro-interne ; une masse axillaire plus volumineuse que la tumeur, un ganglion sus-claviculaire.

Intervention, décembre 1931 :

1^o amputation large avec curage axillaire ;

2^o Incision sus-claviculaire, ablation de 3 ou 4 ganglions indurés de l'angle jugulo-sus-claviculaire.

Examen histologique : épithélioma atypique, ganglions (axillaire et sus-claviculaire) envahis (M. LAVEDAN).

Suites lointaines, janvier 1932 : bon état ; envoyée au traitement radiothérapique préventif.

OBS. 94 (5001). — 53 ans (gauche).

Examen clinique : quadrant inféro-interne, début il y a un mois, tumeur sensible. 1 ganglion axillaire, pas d'adhérence, peau et plans profonds. •

Intervention, décembre 1931 : amputation large et curage axillaire.

Examen histologique : épithélioma atypique, ganglion non envahi (M. LAVEDAN).

Suites lointaines : bon état, avril 1932.

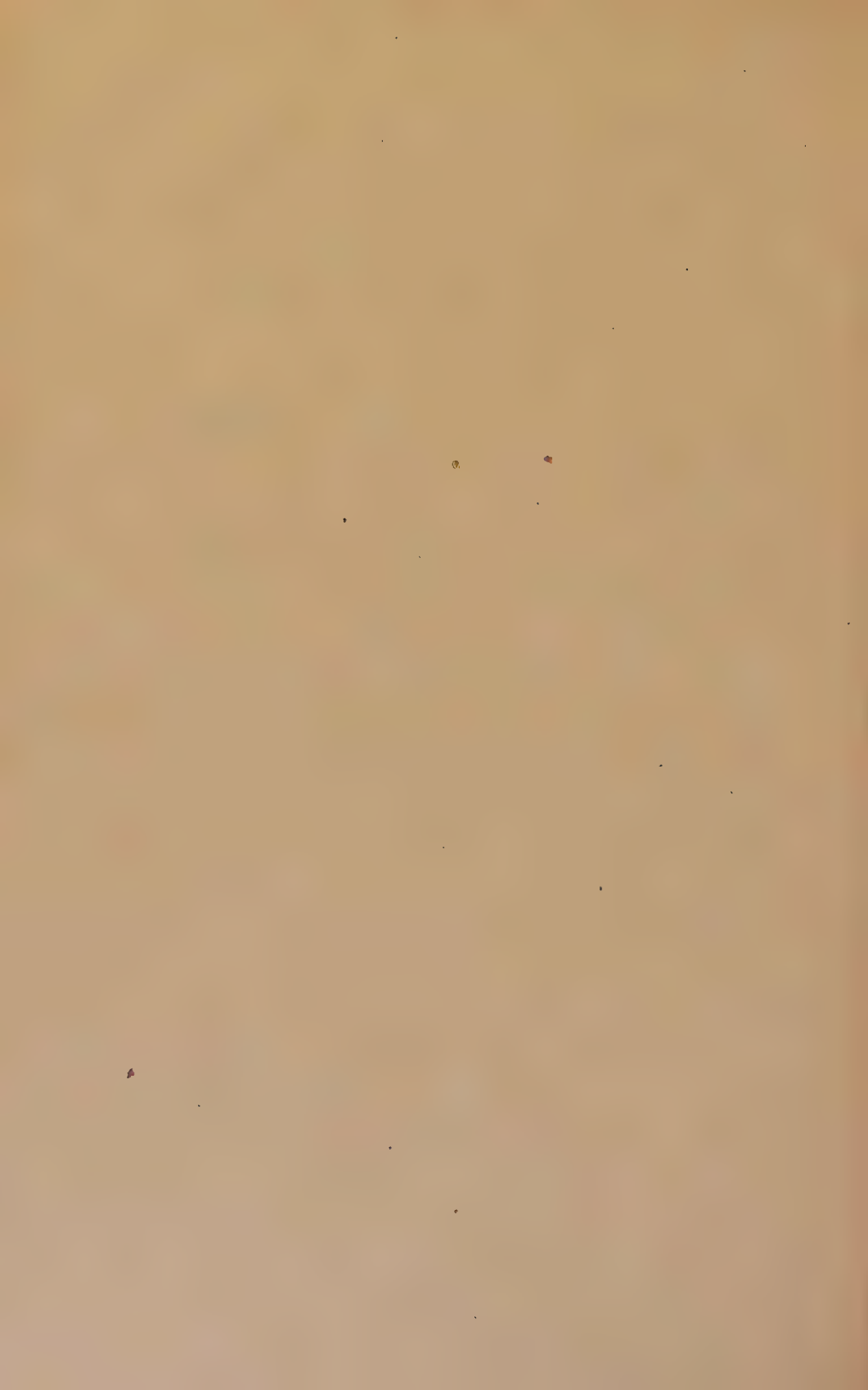
OBS 95 (5012). — 52 ans (gauche).

Examen clinique : pas d'adénopathie ; néo très externe presque dans l'aisselle ; femme opérée il y a 5 ans d'un cancer du col de l'utérus.

Intervention, décembre 1931 : amputation large avec curage axillaire ; ganglions non atteints.

Examen histologique : épithélioma atypique ; ganglion non envahi (M. LAVEDAN).

Suites lointaines, mars 1932 : excellent état.



CONCLUSIONS

Nous présentons une série de 95 cas inédits de cancers du sein opérés. Cette petite statistique portant sur une pratique de 7 ans, tire son intérêt et sa valeur de la proportion des résultats connus (100 %).

Elle confirme la gravité du cancer du sein. La proportion des opérées revues en bon état est la suivante : après 2 ans : 50 %, après 3 ans : 38,5 %, après 5 ans : 26 %.

L'analyse détaillée de ces 95 cas nous a permis d'établir toute une série d'éléments de pronostic basés sur l'examen clinique, les constatations opératoires, l'examen macroscopique de la pièce, l'examen histologique et les symptômes observés à plus ou moins longue échéance après l'opération.

Sans vouloir réduire la part de l'histologie dans l'établissement du pronostic, nous avons été amené à constater que souvent elle ne fait que confirmer l'impression bonne ou mauvaise tirée de l'examen clinique, de l'acte opératoire et de l'examen macroscopique de la pièce.

L'élément principal de pronostic est l'état des ganglions axillaires qui marque d'une manière extrême-

ment nette la limite entre les bons cas et les mauvais.

Passé 5 ans, les cas sans envahissement ganglionnaire donnent 75 % de survie.

Les cas avec envahissement ganglionnaire 0 %.

La technique chirurgicale ne semble guère pouvoir subir de perfectionnement important ; c'est dans le dépistage précoce du cancer qu'il faut chercher l'amélioration de ce pronostic, peut-être aussi dans l'irradiation post-opératoire. Sur ce dernier point, notre expérience personnelle ne porte que sur un nombre de cas trop restreint pour qu'il nous soit permis de porter un jugement.

Vu : le Président de la thèse,
J.-L. FAURE.

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

I.— TRAITEMENT CHIRURGICAL. RÉSULTATS.

1. *Forgue*. — Les résultats éloignés de la chirurgie des cancers du sein (Rapport au 30^e Congrès de l'assoc. franç. de chirurgie. Strasbourg, 1921).
2. *Walter*. — Même référence.
3. *Hartmann* et *Bergeret*, *Alessandri*, *Grenade* (de Belgique), *Bérard* (de Lyon), *Auvray* (de Paris), *J.L. Faure* (de Paris). — Discussion au 30^e Cong.
4. *Boulard*. — Thèse Paris, 1922.
5. *Lepaumier* (M.). — Thèse Paris, 1925.
6. *Moschcowitz* (A. V.), *Colp* (R.) et *Klingenstein* (P.). — Résultats éloignés de l'amputation du sein pour cancer (An. of Surgery, août 1926).
7. *Lecène* (P.). — Thérapeutique chirurgicale, t. II., 1926.
8. *Forgue*. — D. précoce du cancer du sein (Pres. médicale, 1926).
9. *Asteriades*. — Sarcome du sein opéré et resté guéri pendant 5 ans (Bull. et mém. Soc. nat. Chirurgie, 1926).
10. *Lenormand*. — Volumineux sarcome. Guérison après 3 ans (Bull. et mém. Soc. nat. de Chirurgie, 1926).
11. *Delbet* et *Mendaro*. — Les cancers du sein, 1927.
12. *Gosset*. — Travaux chirurgicaux Salpêtrière, 1927.
13. *Meier*. — Les cas de cancers du sein observés de 1898 à 1920 à l'hôpital cantonal d'Aaran (Brun's Beiträge zur Klinischen Chirurgie, 1927).

14. *Bérard*. — Quel doit être actuellement le traitement du cancer du sein (Strasbourg méd., 1927).
15. *Ducing*. — Statist. personnelle de 106 cas traités par chirurgie seule (J. de Chirurgie, 1928).
16. *Roffo (A. H.)*. — Traitement cancer sein. (Boletin del Instituto de Medicina experimental 1928; in Journal de Chirurgie, 1929).
17. *Potts (W. S.)*. — Résultats tardifs (A. of Surgery, nov. 1928).
18. *Fullerton*. — Sarcome du sein suivi 20 ans plus tard d'un carcinome abdominal (Lancet, janvier 1928).
19. *Dessaint*. — Cancer bilatéral du sein. Thèse Paris, 1929.
20. *Adair (F. E.)*. — Ecoulement sanglant par le mamelon et sa signification (A. of Surgery, 1930).
21. *Braine (J.)*. — De la bénignité relative d'évolution des cancers du sein chez les vieilles femmes et de ses conséquences thérapeutiques (Gaz. méd de France, 15 août 1930).
22. *Taylor (How C.)*. — Coïncidence de cancer du sein et de l'utérus (Am. Journal of Cancer, n° 7, 1931).
23. *Stubendorf*. — Statistique de 108 cas. Recherche d'un index de malignité (S. G. and Obst., 1931).

II. — COMPLICATIONS. RÉCIDIVES.

1. *Roux Berger (J. L.)*. — Cinquante et une observations de récidives post-opératoires de cancer du sein (Bull. de la soc. nat. de Chirurg. Paris, 1922).
2. *Laborde (Simone), Jouveau, Dubreuil et Bartillon*. — Deux nouvelles observations de lésions multiples des os, cancer du sein (Bull. associat. pour étude du Cancer. Paris, j. 1926).

3. *Sluys (Bruxelles)*. — Le traitement du cancer du sein et des métastases osseuses (*Le Scalpel*, 1929).
4. *Schlotffer*. — Récidive locale dans le cancer du sein. Remarques au sujet des statistiques (*Deutsche Zeitschrift für chirurgie*, sept. 1930).
5. *Schwartz et Nadand*. — Carcinomateuse secondaire osseuse généralisée (*Journal électrologie et radiologie*, mai 1931).
6. *Trèves, Norman*. — Traitement de l'œdème du membre supérieur après op. pour cancer sein (*American Journal of Cancer*, j. 1931).
7. *Lenz et Reid (J. R.)*. — Métastase du squelette dans cancer du sein. Effet de la radiothérapie (*Anal. of Surg.*, j. 1931).

III. — HISTOLOGIE.

1. *Perceval Mills*. — Pronostic du cancer du sein (*British J. of Surgery*, 1921).
2. *Boss (de Breslau)*. — Valeur de l'examen anatomopathologique pour pronostic cancer du sein (*Beiträge zur Klinischen Chirurg.*, 1921).
3. *Leroux et Perrot*. — A propos de la classif. pronostique des cancers du sein (*Bull. ass. cancer*, avril 1928 ; juin 1930).
4. *Ward (S.)*. — Statistique de guérison après opération pour cancer du sein (*The Lancet*, juin 1925).

IV. — TECHNIQUE.

1. *Gosset (A.)*. Traitement chirurgical du cancer du sein (Travaux de la clinique chirurgicale de la Salpêtrière, 1927, 2^e série).

2. *Oberlinet Gatellier.* — Une technique d'opération élargie du cancer du sein. Curage sus-claviculaire exécuté en continuité avec le curage axillaire grâce à la désarticulation temporaire de l'extrém. cutanée de la clav. (J. de Chirurgie, janvier 1928).
3. *Danis.* — Contribution à l'étude des bases anatomiques de la chirurgie du cancer mammaire. Nouvelle technique de l'ablation du sein. Résultats obtenus (Bull. académie Royale de méd. Bruxelles, j. 1928 ; In Journal Chirurgie, 1928).
4. *Tailhefer.* — Etat actuel du traitement chirurgical du cancer du sein (Paris Médical, 1932).

V. — RADIOTHÉRAPIQUE.

1. *Béclère.* — La Röntgenthérapie préventive post-opératoire du cancer de sein (Bull. Assoc. franç. pour étude du Cancer, juin 1924.)
2. *Béclère.* — La Röntgenthérapie préventive post opératoire du cancer du sein (J. de radiol et d'élec. n° 9, sept. 1924.)
3. *Roussy, Laborde (G.).* — A propos de la radiothérapie post-opératoire des cancers du sein (Bull. Assoc. franç. pour étude du Cancer, t. XIII, n° 7, 1924.)
4. *Regaud (Cl.).* — Fondements rationnels et indications de la radiothérapie (radio et R. X) dans le traitement du cancer du sein (Radiophysiologie et radiothérapie, juin 1931).
5. *Richard et Pierquin.* — L'association de la chirurgie et des radiations dans le traitement du cancer du sein (Paris Médical, 1932).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	13
PLAN DU TRAVAIL.....	15°
CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES.....	19

PREMIÈRE PARTIE

Exposé de notre statistique.

CHAPITRE PREMIER. — <i>Les morts post-opératoires</i>	25
CHAPITRE II. — <i>Les morts tardives</i>	28
A. Statistique sur le nombre total des opérées...	28
B. Statistique sur les cas examinés histologique- ment.....	34
C. Statistique sur les cas non examinés histologi- quement.....	36
D. Influence sur le pronostic des opérations en deux temps.....	40
E. Etude très succincte des tumeurs bénignes....	43
CHAPITRE III. — <i>Les récidives</i>	46
A. Date d'apparition des récidives.....	48
B. Siège des récidives.....	49
C. Rapidité d'évolution des récidives.....	51
D. Influence des réinterventions pour récidives.	51
CHAPITRE IV. — <i>Les survies</i>	57
CHAPITRE V. — <i>Comparaison avec d'autres statis- tiques</i>	59

